

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2565

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EXPERIENCES OF CARING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER AT HOME OF  
FAMILY CAREGIVERS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science in Adult and Gerontological Nursing

FACULTY OF NURSING

Chulalongkorn University

Academic Year 2022

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว
โดย	นายกัมพล อินทรทะกุล
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(ศาสตราจารย์ ดร.รัตนศิริ ทาโต)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(รองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด)

กัมพล อินทรทะกุล : ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว. (EXPERIENCES OF CARING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER AT HOME OF FAMILY CAREGIVERS) อ.ที่ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.สุริพร ธนศิลป์, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ผศ. ดร.ปิ่นททัย ศุภเมธาวร

การวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความของ Martin Heidegger คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทป วิเคราะห์ข้อมูลตามวิธีของ van Manen ข้อมูลอิมิตัวจากผู้ให้ข้อมูล จำนวน 13 ราย

ผลการวิจัยแบ่งออกได้เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และ 2) ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน ครอบคลุมในเรื่อง 1.1) การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย 1.2) การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย 1.3) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย 1.4) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย 1.5) การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และ 1.6) การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย 2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน ครอบคลุมในเรื่อง 2.1) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว 2.2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ และ 2.3) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน และ 3) การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล ครอบคลุมในเรื่อง 3.1) เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล 3.2) เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ และ 3.3) ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ

จากผลการวิจัยนี้ นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้

สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ	ลายมือชื่อนิสิต .....
ปีการศึกษา	2565	ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....
		ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 6370004536 : MAJOR ADULT AND GERONTOLOGICAL NURSING

KEYWORD: CARE EXPERIENCE, CARING FOR ADVANCE CANCER PATIENTA AT HOME, FAMILY CAREGIVERS

Kampon Introntakun : EXPERIENCES OF CARING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER AT HOME OF FAMILY CAREGIVERS. Advisor: Assoc. Prof. SUREEPORN THANASILP, Ph.D. Co-advisor: Asst. Prof. PINHATAI SUPAMETAPORN, Ph.D.

This qualitative study was to study the experiences of caring for patients with advanced cancer at home of family caregivers. 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's method and audio recording and until saturated data with the 13 informants

The results of the research revealed two parts consisting of part 1 the meaning of illness of advancer 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, that covered 1.1) Caring with cleanliness and happiness depended on the patient's physical condition, 1.2) Caring about the diet according to patient's requirement, 3) Caring with cleaned environment to promote the comfort and safety, 1.4) Attended about sentiment and emotion of the patients, 1.5) Caring the patients relating to the principle of religion, and 1.6) Caring the patients with reducing a fear of death. 2) Getting the encouragements and supports, that covered 2.1) Encouragements and support by family, 2.2) Encouragements and support by health system, and 2.3) Encouragements and support by community health system. And 3) Learning and adjusting of caregiver by caring experiences, that covered 3.1) Because of don't knew, it was stressful in the early stages of care, 3.2) Feeling a tiredness with various responsibilities and sleep deprivation, and 3.3) Feeling prides and satisfaction for patient caring and getting the opportunity to present the gratitude

The results of this work was become as a based 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.

Field of Study:	Adult and Gerontological Nursing	Student's Signature .....
Academic Year:	2022	Advisor's Signature .....
		Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาอิงจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลักรองศาสตราจารย์ ดร.สุรียพร ธนศิลป์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าให้คำปรึกษา ข้อคิด ข้อเสนอแนะอันมีคุณค่า ตลอดจนส่งเสริมให้กำลังใจ เอาใจใส่เป็นอย่างดี ให้โอกาสได้เรียนรู้และพัฒนาตนเอง จนสำเร็จเป็นรูปเล่มวิทยานิพนธ์ที่มีคุณค่า ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความเมตตากรุณาเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาทั้งสองท่านเป็นอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร.วาสนี วิเศษฤทธิ์ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และรองศาสตราจารย์ ดร.จอนณะจง เพ็งจาด กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้ข้อคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ ด้วยความรัก ความเมตตา เป็นกำลังใจให้เสมอมาตลอดระยะเวลาที่ได้ศึกษา ณ สถาบันแห่งนี้และขอบคุณเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการติดต่อเอกสารต่างๆ

ขอกราบขอบพระคุณโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล ที่ให้ทุนการศึกษา และหัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A ที่ให้โอกาสสนับสนุนส่งเสริมในการศึกษาต่อครั้งนี้ ขอขอบคุณพี่น้องๆ พยาบาล เจ้าหน้าที่ทุกท่านที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A ที่เสียสละให้ข้าพเจ้าได้มาศึกษาต่อ และให้กำลังใจเสมอมา ขอขอบคุณผู้ดูแลในครอบครัวทั้ง 13 รายและผู้ป่วยทั้งที่มีชีวิตอยู่และล่วงลับไปแล้วที่เสียสละเวลาเพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และมีคุณค่าอย่างยิ่งในการศึกษาวิจัย รวมทั้งผู้ป่วยมะเร็งที่เป็นแรงบันดาลใจในการมาศึกษาต่อครั้งนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณคนในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนๆ และนิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยมะเร็งทุกคน

กัมพล อินทรทะกุล

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ง
กิตติกรรมประกาศ.....	จ
สารบัญ.....	ฉ
สารบัญตาราง.....	ณ
บทที่ 1 บทนำ .....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา .....	1
วัตถุประสงค์ .....	6
คำถามการวิจัย .....	7
แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำวิจัย .....	7
ขอบเขตการวิจัย .....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย .....	8
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	10
1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	11
2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน .....	28
3. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม .....	35
4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน .....	46
5. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา.....	50
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	59
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย .....	70

1. พื้นที่ในการศึกษา (Setting).....	70
2. การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล.....	70
3. ผู้ให้ข้อมูล (Key informants).....	71
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	73
5. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	75
6. การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	76
7. การวิเคราะห์ข้อมูล.....	77
8. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	79
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	82
ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม.....	83
ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว.....	88
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ.....	133
สรุปผลการวิจัย.....	134
อภิปรายผลการวิจัย.....	134
ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้.....	145
ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป.....	146
บรรณานุกรม.....	147
ภาคผนวก.....	156
ภาคผนวก ก เอกสารการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ เอกสารการรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัย ในคน เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย ใบบินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวม ข้อมูล.....	157
ภาคผนวก ข แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ แบบ บันทึกภาคสนาม และแบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น.....	170



ภาคผนวก ค ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมะเร็งและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย ตาราง  
การรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยผู้ให้ข้อมูล  
ตัวอย่างรูปแบบการประเมินความน่าเชื่อถือได้ของผลการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ และวิธีการ  
เก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19..... 176

ภาคผนวก ง รายนามผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล และหนังสือเรียน  
เชิญผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ..... 191

ประวัติผู้เขียน..... 196



สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล ..... 72

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ..... 89



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

มะเร็งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากการสำรวจผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกในปี พ.ศ. 2561 พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ประมาณ 18.1 ล้านราย เสียชีวิตจากโรคมะเร็งประมาณ 9.6 ล้านราย (Ferlay et al., 2019) สำหรับประเทศไทย สถิติพบผู้ป่วยโรคมะเร็งรายใหม่วันละ 336 ราย หรือ 122,757 รายต่อปี ผู้เสียชีวิตวันละ 221 ราย หรือคิดเป็น 80,665 รายต่อปี และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ส่วนใหญ่พบว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก มักจะทราบว่ามะเร็งนั้นได้มีการลุกลามไปมากแล้ว (ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญานิติกุล, 2559) ข้อมูลจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติ พบผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม 9,842 ราย คิดเป็นร้อยละ 77.9 ของผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลามรายใหม่ทั้งหมด มีความรุนแรงและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) มะเร็งระยะลุกลามนั้นเซลล์มะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ผู้ป่วยต้องมีชีวิตอยู่กับโรคมะเร็งไปตลอดชีวิต ซึ่งผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกลุ่มนี้ส่วนใหญ่แล้วมีความต้องการกลับไปอยู่ดูแลที่บ้าน (ปรารถนา โภคผลากรณ์, 2559)

การดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านเป็นรูปแบบของการให้บริการดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วมดูแล ใช้แนวคิดให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย ให้การดูแลต่อเนืองจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชนมีส่วนร่วมดูแลอย่างสอดคล้องกับวิถีชีวิต สำหรับระบบสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมของคนในครอบครัวที่ร่วมกันดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ระบบสนับสนุนจากระบบสุขภาพและระบบสุขภาพจากชุมชนที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลมีคุณภาพและเหมาะสม (ปิยะวรรณ โภคผลากรณ์, 2560) การดูแลต่อเนืองที่บ้านมีความสอดคล้องกับนโยบายและยุทธศาสตร์การดูแลแบบประคับประคอง คือยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย ซึ่งนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ 2 เป็นการพัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายที่ได้คุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายและรองรับการตายที่ดีที่มุ่งเน้นการให้บริการระบบสุขภาพแบบผสมผสาน เชื่อมโยงการให้บริการแบบไร้รอยต่อจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชนและสถานบริการสาธารณสุขให้การดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม มุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงบริการที่จีจจนกระทั่งระยะท้าย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558) แต่ในการจัดให้บริการพบสถานการณ์ปัญหาของการจัดการการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย จากการศึกษาของ สุธาร์ตน์ กุลรัตน์มาศ และวาสนีย์ วิเศษฤทธิ์ (2560) ที่ศึกษาประสบการณ์ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่ง พบว่า

สถานการณ์ปัญหาสำคัญของพยาบาลไทยในประเด็นพยาบาลมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองไม่ทั่วถึง โดยมุ่งเน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการรักษาให้หายมากกว่าการมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตและการบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค ในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังเน้นการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สถานบริการสุขภาพของรัฐมีการจัดระบบบริการที่ไม่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิตรวมถึงภาวะพลัดพรากสูญเสียเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นส่วนหนึ่งของมะเร็งระยะลุกลาม

มะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง โรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของยีน มีการกลายพันธุ์แบ่งตัวของเซลล์อย่างรวดเร็ว หรือมีความผิดปกติของกลไกการซ่อมแซมดีเอ็นเอที่ผิดปกติ ทำให้เซลล์เกิดการเจริญที่ผิดปกติ มีการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติอย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวได้ จึงเรียกเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติว่า เซลล์มะเร็ง ซึ่งเซลล์เหล่านี้เมื่อมีการแบ่งตัวแล้วจะมีการแพร่กระจายตัวไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย (Metastasis) อาศัยช่องทางในการแพร่กระจายคือทางเส้นเลือดและระบบน้ำเหลือง (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) การแพร่กระจายของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะอื่น ๆ ที่ไกลอวัยวะต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ตับ ปอด กระดูก นั้นเป็นการลุกลามของมะเร็ง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบกายวิภาคและสรีระ (อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์, 2541) ดังตัวอย่างเช่น หากมีการลุกลามไปที่กระดูกสันหลังมักจะพบการกดเบียดของก้านเนื้อภายในกระดูก ทำให้เยื่อหุ้มกระดูก (Periosteum) เกิดการตึงยึด กระตุ้นหน่วยรับความเจ็บปวด (Pain receptor) มากขึ้น (Boogerd & van der Sande, 1993) หรือ เกิดจากการหักยุบของกระดูกสันหลัง (Pathological fracture) หรืออาจเกิดจากการกดเบียดรากประสาท (Nerve root compression) หรือไขสันหลัง (Spinal cord compression) ทำให้เกิดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมาน (ศิริวิษณุ สุวิทยะศิริ และวรายศ ตราฐิติพันธ์, 2565) เป็นภาวะคุกคาม และยังส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง (Maree et al., 2018) การเจ็บปวดด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ความหมายของการเจ็บปวดด้วยมะเร็งในระยะลุกลามว่าเป็นโรคที่ทุกข์ทรมาน รักษาไม่หาย เป็นโรคที่รอความตาย ไม่มีอาการเตือน เป็นโรคเวรกรรม และเป็นโรคที่อาจจะหายได้ (สมปอง พะมุลิตา และคณะ, 2562) การรับรู้ที่ส่งผลต่อการดูแล ซึ่งการเจ็บปวดด้วยมะเร็งระยะลุกลามนั้น ยังไม่ใช่จุดจบของชีวิตเพราะว่ายังมีการรักษาเพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามได้ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่อย่างมีความสุข ถึงแม้จะมีเทคโนโลยีและวิธีการรักษาที่ทันสมัย แต่ก็ทำได้แค่บรรเทาอาการของโรคให้สงบลงเพียงชั่วคราว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560)

การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามยังคงใช้การรักษาหลายวิธีร่วมกันหรือผสมผสานกันเพื่อเป้าหมายในการควบคุมโรคและป้องกันการกระจายของมะเร็งทั้งการผ่าตัด การให้เคมีบำบัด การฉายรังสี การรักษาด้วยฮอร์โมน ยาต้านมะเร็งแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) และวิธีการอื่น ๆ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น อายุผู้ป่วย ระยะของโรค เป็นต้น โดยการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ความนิยมวิธีหนึ่งคือการรักษาด้วยเคมีบำบัดที่เป็นการรักษาด้วยการใช้สารเคมีหลายชนิดที่ออกฤทธิ์ต้านหรือทำลายเซลล์มะเร็งด้วยการยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็งหลายรูปแบบ ทำให้เซลล์ไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปและตายในที่สุด (สุภัสร์ สุงษต และคณะ, 2560) ในมะเร็งระยะลุกลามที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้จะเป็นการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งการรักษาจะช่วยให้อาการของมะเร็งสงบลง แต่ก็ทำให้เกิดผลกระทบบางอย่างกับตัวผู้ป่วยที่ได้รับการรักษา เช่น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ทำลายเซลล์ที่มีการแบ่งตัวโดยไม่สามารถแยกความแตกต่างระหว่างเซลล์ปกติที่กำลังแบ่งตัวได้ เช่น เซลล์รากผม หรือเยื่อทางเดินอาหาร เป็นต้น หรือเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวได้ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาเคมีบำบัดทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการการดูแลมากขึ้นทั้งที่เป็นความต้องการที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย และภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นจากการรักษา (วารุณี มีเจริญ และคณะ, 2558) ด้วยความต้องการการได้รับการดูแลของผู้ป่วย ความทุกข์ทรมานและภาวะคุกคามของตัวโรคที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้นได้ประสบ ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดและเป็นผู้ที่ถูกเรียกได้เลยว่าเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ เชื่อใจมากที่สุดในการให้การดูแล (สิรินทร ฉันทศิริกาญจน และคณะ, 2559) ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญ ที่เข้ามารับบทบาทหน้าที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ดูแลในครอบครัวจะเข้ามามีบทบาทสำคัญในการดูแลมากขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งไม่ตอบสนองต่อการรักษา และเปลี่ยนผ่านมาสู่ระยะสุดท้าย (อรวิจิตร กาญจนจარი และคณะ, 2560) เมื่อการดำเนินของโรคคุกคามต่อคุณภาพชีวิต วงจรการรักษาพยาบาลจะสลับไปมาระหว่าง การรักษาควบคุมอาการเจ็บป่วยที่โรงพยาบาล และกลับไปดูแลต่อเองที่บ้านเนื่องจากไม่สามารถจัดการดูแลได้ด้วยข้อจำกัดด้านศักยภาพ และเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่านมีอาการรบกวนมากขึ้น ซ้ำซ้อนขึ้น รุนแรงขึ้น เช่น อาการปวดรุนแรงและเรื้อรัง อาการหายใจเหนื่อยอาการเหนื่อยล้า อ่อนเพลียมากไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ครอบครัวส่วนใหญ่ยังพร้อมความรู้ และทักษะในการดูแล ไม่สามารถจัดการช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จำเป็นต้องเข้ามารับการรักษาควบคุมอาการแทรกซ้อน และอาการรบกวนอื่น ๆ ในโรงพยาบาล และเมื่ออาการสงบลงจึงกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน (วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2565)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านนั้นมีความสำคัญ จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย เพิ่มคุณภาพการดูแล และลดจำนวนวันในการอยู่โรงพยาบาล (จอมนะจง เพ็งจาด, 2557)

เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความต้องการกลับมาดูแลต่อเนื่อง บ้านเป็นบริบทความคุ้นชินที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความปลอดภัยและความอบอุ่น (ปรารธนา โกศลนาคร, 2559) และจากการศึกษาของ วารุณี มีเจริญ และคณะ (2558) ได้ทำการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งหากได้รับการดูแลที่บ้านจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาของ Bailey & Harman (2015) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่รับการดูแลที่บ้าน มีคุณภาพชีวิตดี และเมื่อเสียชีวิตแล้วพบว่า ครอบครัวมีความพอใจมากกว่าอยู่โรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายถูกกว่า ส่วนผู้ป่วยเสียชีวิตที่โรงพยาบาล ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเครียดสูงกว่า คุณภาพชีวิตต่ำกว่า และครอบครัวมีความโศกเศร้ามากกว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แต่การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนการดูแล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน เป็นความร่วมมือกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว (สุรีพร ธนศิลป์, 2563) พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลที่บ้านอย่างเพียงพอและเหมาะสมจะทำให้เกิดความยากลำบากขึ้น เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน มักพบปัญหาผู้ดูแลในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอเพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องอาศัยทั้งความรู้ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด (Hassankhani et al., 2020; Liang et al., 2019) มักพบปัญหาการขาดทักษะ และความรู้สำหรับการจัดการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย (นภาพวีรยงกุล, 2555) การใช้ยาเพื่อบรรเทาอาการปวดอย่างถูกต้องวิธี (Mehta et al., 2010) จากปัญหาทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือและการสนับสนุน (อินทิรา มหาวิทยาลัย และคณะ, 2562) ในด้านความรู้ คำแนะนำจากบุคลากรทางสุขภาพ และการช่วยเหลือดูแลจิตใจ (ธิดาวรรณ สาลีผล และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ, 2562) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน นั้นด้วยภาระงานที่มากเกินไปของผู้ดูแลในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางอารมณ์อาจจะนำมาสู่ปัญหาการสื่อสาร และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางสุขภาพที่ไม่ดี ส่งผลให้การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัวพร้อมประสิทธิภาพ ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวม (Cal et al., 2018; สุรีพร ธนศิลป์, 2563) จากการศึกษาของ สาวิตรี สุราทะโก และคณะ (2564) ศึกษาถึง ความต้องการและการได้รับความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล โดยพบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการด้านความรู้คำแนะนำและการสนับสนุนทางด้านจิตใจอยู่ใน

ระดับสูง ส่วนความต้องการและการได้รับความรู้ของญาติผู้ดูแล พบว่าความต้องการโดยรวมอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะด้านความรู้และคำแนะนำ ในขณะที่การได้รับความรู้และการสนับสนุนโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อเปรียบเทียบความต้องการกับการได้รับโดยรวม พบว่าได้รับความรู้และการสนับสนุนน้อยกว่าที่ต้องการ มีความจำเป็นที่จะได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และมักพบปัญหาด้านค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย เช่น อาหารเสริมทางการแพทย์ อุปกรณ์การทำความสะอาดบาดแผลมะเร็ง เครื่องผลิตออกซิเจน เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ทำให้เกิดความไม่สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่าย อันส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว (Hassankhani et al., 2020; Tsigaropoulos et al., 2009) การดูแลที่บ้านยังพบปัญหาในเรื่องของการขาดที่ปรึกษาในกรณีฉุกเฉินเพื่อสอบถามประเด็นปัญหาที่ต้องการให้ช่วยเหลือ (ภัคพร กอบพิงตน และคณะ, 2551) หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถดูแล และจัดการกับอาการที่กำลังลุกลามของโรคได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความตระหนกต่อสถานการณ์ที่กำลังเผชิญ (Kusi et al., 2020) ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อได้ จึงมีความจำเป็นที่ต้องพาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง (อรวิฐ กาญจนจარი และคณะ, 2560) การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินบ่อยครั้ง อาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อชีวิต (Aoun et al., 2015; Liang et al., 2019) ซึ่งจากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่บ่อยครั้ง ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) นอกจากนี้ยังพบอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำ (Readmission) ภายหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแล้วใน 30 วัน มีอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำสูงถึง 25 % (Solomon et al., 2019) ดังนั้นการที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านนั้นไม่ดีแล้ว จึงเป็นปัญหาที่สำคัญและต้องการการแก้ไข

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว มีการศึกษาน้อย พบการศึกษาของ Leow and Chan (2017) ศึกษาถึงประเด็น การดูแลของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ประเทศสิงคโปร์ ผลการศึกษาพบ ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลนั้นเป็นเรื่องที่ยาก เกิดความรู้สึกอารมณ์เชิงลบต่อการดูแล การค้นหาวิธีการรับมือการเปลี่ยนแปลงที่จะเกิดขึ้นสำหรับการดูแล และการได้รับผลเชิงบวกในการเป็นผู้ดูแลซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวนั้นรู้สึกถึงควมมีคุณค่าในตนเองที่ได้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ซึ่งส่วนใหญ่แล้วมักพบการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจากประสบการณ์หรือมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว (Linderholm & Friedrichsen, 2010; Martín et al., 2016; Saleh & O'Neill, 2018; Sano et al., 2007; Wu et al., 2020) ผลการศึกษาพบการเตรียมตัวในการดูแล ใช้การแบ่งหน้าที่ การสร้างสัมพันธภาพ การดูแลที่ต่อเนื่อง เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี การดูแลความสบาย การ

จัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน การดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแลเรียนรู้ทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่บ้าน การแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบ การเตรียมเกี่ยวกับการเสียชีวิตและสถานที่ฝังศพ และการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป (Maree et al., 2018) ผลการศึกษาพบ การดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย การปรับตัวเพื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยพบการศึกษาค่อนข้างน้อย ยังขาดการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านจากมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการศึกษามะเร็งในระยะลุกลามจะช่วยให้เข้าใจถึงประสบการณ์ในการดูแลจากมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างครอบคลุมมากที่สุดเพราะเป็นการศึกษาการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยมะเร็งระยะเข้าสู่ภาวะลุกลามจนถึงการเปลี่ยนผ่านมาสู่ระยะสุดท้าย และจากผลการศึกษาในต่างประเทศนั้นมีความแตกต่างกับสังคมไทยในด้านสังคม ศาสนา วัฒนธรรม และรูปแบบวิถีการดำเนินชีวิต ทำให้ข้อค้นพบดังกล่าวไม่สามารถถ่ายโอนมาใช้กับบริบทการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านในบริบทของสังคมไทยได้

ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญในการศึกษา ประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว และเนื่องด้วยการศึกษาที่ผ่านมาในประเทศไทย พบการศึกษาน้อยซึ่งยังไม่เพียงพอที่จะนำไปวางแผนจัดการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้อย่างครอบคลุม และเป็นช่องว่างของความรู้ทำให้ขาดข้อความรู้ที่ชัดเจนตรงตามประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะเติมเต็มช่องว่างของความรู้ด้วยการเข้าไปศึกษาด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Martin Heidegger เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ลุ่มลึกสะท้อนความเป็นจริงที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการค้นหาความจริงของชีวิตมนุษย์จากผู้มีประสบการณ์ตรง ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ชีวิตที่แท้จริงของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวได้ถ่ายทอดความรู้เนื่องจากสิ่งบอกเล่าผ่านประสบการณ์ชีวิตที่แท้จริงนั้นถือว่าเป็นความรู้ ร่วมกับการตีความร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยซึ่งมีความรู้และความเข้าใจมาระดับหนึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม เอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาครั้งนี้จะได้ข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์และนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว



## คำถามการวิจัย

ผู้ดูแลในครอบครัวมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านอย่างไร

## แนวคิดเบื้องต้นที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยได้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเฮร์เมเนิวติก (Hermeneutic phenomenology) มาเป็นแนวคิดเบื้องต้นในการศึกษา ซึ่งเน้นการทำความเข้าใจประสบการณ์ในทัศนะของบุคคลผู้ได้รับประสบการณ์นั้น และสื่อสารความหมายของประสบการณ์เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการศึกษาจากสภาพที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ และประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่อยู่ในสถานการณ์นั้นๆ สะท้อนให้เห็นปรากฏการณ์นั้นอย่างลึกซึ้ง และมีความหลากหลายที่สามารถอธิบายประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวได้ดีที่สุด

การวิจัยครั้งนี้ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger หรือปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ (Interpretive phenomenology) ซึ่งเป็นระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพประเภทหนึ่งเป็นการศึกษาจากปรากฏการณ์ที่เป็นจริง มีมุมมองว่าบุคคลเป็นผู้ตีความปรากฏการณ์เนื่องจากคนและประสบการณ์มีความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ (Neubauer et al., 2019) เชื่อว่าบริบทของวัฒนธรรม การปฏิบัติและภาษาคือสิ่งที่มนุษย์มีส่วนร่วม (อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) และเชื่อว่าความรู้นั้นมีอยู่ในประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูลหรือประสบการณ์ชีวิตมนุษย์มีค่าเป็นแหล่งความรู้ จึงเป็นการศึกษาเพื่อให้ได้ความรู้ในปรากฏการณ์ที่สนใจศึกษา ซึ่งศึกษาได้จากประสบการณ์ชีวิต และวิธีการศึกษาคือ การทำความเข้าใจประสบการณ์ในมุมมองของผู้ที่ได้รับประสบการณ์ ที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในโลกหรือ สภาวะการณ์หนึ่ง ซึ่งเป็นวิธีการเพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลคนหนึ่งได้ประสบมาต่อเหตุการณ์นั้นๆ และนำประสบการณ์ที่มีอยู่เดิมมาให้ความหมายในประสบการณ์ใหม่ วิเคราะห์และให้ความหมายร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล (จอณพะจง เพ็งจาด, 2548; อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2559) ใช้การตีความร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นตัวนำไปสู่ความเข้าใจในการให้ความหมายของปรากฏการณ์นั้นๆ (Dowling, 2007; Tuohy et al., 2013) ใช้ภาษาและการเชื่อมโยงความหมายที่ถูกต้องระหว่างผู้ให้ข้อมูล และผู้วิจัย ซึ่งมีผลต่อการแปลความอันจะนำไปสู่ความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาตามความเป็นจริง โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัวผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญจึงได้เข้าไปศึกษาเชิงลึกเพื่อให้เข้าใจความจริงที่เป็นแก่นแท้ของปรากฏการณ์ ใช้วิธีการถ่ายโอนความรู้จากผู้มีประสบการณ์ผ่านการบอกเล่าเรื่องราวของการมีชีวิตใน

ปรากฏการณ์นั้นๆ นำข้อมูลที่ได้มาตีความและให้ความหมายร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยทำให้เกิดข้อความรู้ที่ตรงตามปรากฏการณ์ที่ศึกษา และความเข้าใจในปรากฏการณ์ได้อย่างลุ่มลึก

ทั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ยึดการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิดการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา มาเป็นกรอบในการควบคุมการวิจัย เพียงแต่นำมาใช้เป็นแนวคิดเบื้องต้น (Preconceived notion) ที่นำไปสู่การเตรียมเนื้อหาสาระสำหรับตัวผู้วิจัยและนำมาเป็นแนวทางในการสร้างแนวคำถาม (Interview guideline) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

### ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1962) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว เลือกผู้ให้ข้อมูล (Key informant) แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 13 ราย ให้การดูแลผู้ป่วยมาตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป เก็บรวบรวมข้อมูล โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนามและการลงพื้นที่เก็บข้อมูลที่บ้าน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาถอดเทปแบบคำต่อคำ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน** หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผ่านการบอกเล่าเรื่องราว การให้ความหมาย และการตีความต่อประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ตามความรู้สึนึกคิด ความเชื่อ การรับรู้ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีประสบการณ์ตรง ซึ่งการดูแลเป็นการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลช่วยเหลือ แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่ออยู่ที่บ้าน และดูแลประคับประคองทางด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความผาสุก เป็นกิจกรรมการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

**ผู้ดูแลในครอบครัว** หมายถึง บุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) เพศชายหรือเพศหญิง มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องสม่ำเสมอ และใช้เวลาสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไป เป็นการดูแลด้วยความสมัครใจ และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ ซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวอาจจะเป็น คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง

**ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งใน ระยะที่ 3 หรือ 4 มะเร็งมีการกระจายตัวของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือต่อมน้ำเหลือง และยังมีมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลอวัยวะต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ตับ ปอด กระดูก เป็นต้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการรักษาเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานหรือแบบ ประคับประคองอาการ

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านการพยาบาล ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับทีมสุขภาพในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล ในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ด้านการวิจัย ได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน และนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาสู่งานวิจัยรูปแบบ อื่น ๆ



## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความเพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาทฤษฎี แนวคิด จากเอกสาร หนังสือ ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีหัวข้อในการทบทวนวรรณกรรมดังต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.2 ปัจจัย กลไกการเกิด และการแบ่งระยะโรคมะเร็ง
  - 1.3 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.4 ผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 1.5 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย
  - 1.6 นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้าย
  - 1.7 ระบบการดูแลต่อเนื่องแบบประคับประคอง
  - 1.8 บทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง
2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน
  - 2.1 ความหมายของการดูแล
  - 2.2 ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย
  - 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล
  - 2.4 กลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการดูแล
  - 2.5 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 2.6 ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน
  - 2.7 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน
3. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
  - 3.1 ความหมายของผู้ดูแล
  - 3.2 ประเภทของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 3.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน
  - 3.4 การปรับตัวต่อการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล
  - 3.5 ภาระของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน
  - 3.6 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านต่อผู้ดูแลในครอบครัว

- 3.7 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ดูแลในครอบครัว
- 3.8 การพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม
- 4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน
  - 4.1 การวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว
  - 4.2 การให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน
- 5. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา
  - 5.2 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา
  - 5.3 แนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Martin Heidegger
  - 5.4 ลักษณะของปรากฏการณ์วิทยาการตีความ
  - 5.5 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ
- 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

#### 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็ง (Cancer) เกิดจากการที่เซลล์ปกติมีการเปลี่ยนแปลง หรือเกิดการกลายพันธุ์ของเซลล์ขึ้นจนเกิดเป็นเซลล์มะเร็งที่มีลักษณะและพฤติกรรมเฉพาะที่แตกต่างไปจากเซลล์ปกติ มีการแบ่งตัวและแพร่กระจายตัวของเซลล์มะเร็งอย่างรวดเร็วจนไม่สามารถควบคุมได้ ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (Advance cancer) จึงได้รวบรวมแนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ดังต่อไปนี้

##### 1.1 ความหมายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์ (2541) หมายถึง เป็นโรคที่เกิดจากการเจริญเติบโตที่ผิดปกติของเซลล์ในร่างกาย เซลล์มีการแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผ่านระบบเลือดและระบบน้ำเหลือง ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อระบบกายวิภาค โดยจะไปเบียดเบียนอวัยวะเดิมและระบบสรีรวิทยา ทำให้ระบบการทำงานต่างๆ ของร่างกายไม่สามารถทำงานได้ปกติเนื่องจากภาวะคุกคามจากโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง

American Cancer Society (2014) หมายถึง ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ตัวโรคมะเร็งมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยที่ตัวโรคมะเร็งนั้นไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ป่วยต้องอยู่ร่วมกับโรคมะเร็งไปตลอดชีวิต

Cancer Council Australia (2019) หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีเซลล์ผิดปกติในร่างกาย เซลล์มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วส่งผลให้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ โดยอาศัยช่องทางของการ

แพร่กระจายผ่านทางระบบเลือดและระบบน้ำเหลือง ทำให้ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการรักษาเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานหรือแบบประคับประคองอาการ

National Cancer Institute (2020) หมายถึง ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งชนิดที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เซลล์มะเร็งเจริญเติบโตรวดเร็ว และแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกายส่งผลให้อวัยวะที่พบเซลล์มะเร็งมีการทำงานที่ผิดปกติ เช่น มีก้อนมะเร็งเจริญเติบโตขึ้น เกิดแผล เป็นต้น ซึ่งมะเร็งระยะลุกลามนั้นยังไม่ใช่จุดจบของชีวิตเพราะยังมีการรักษาเพื่อบรรเทาความทรมานและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หมายถึง ผู้ป่วยมะเร็งที่มีการแพร่กระจายตัวของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะต่างๆ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ โดยการรักษาเป็นไปเพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานหรือแบบประคับประคองอาการ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาการที่เกิดจากตัวโรค อาจส่งผลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง และปัจจัย กลไกการเกิด และระยะของโรคมะเร็งดังต่อไปนี้

## 1.2 ปัจจัย กลไกการเกิด และการแบ่งระยะโรคมะเร็งระยะลุกลาม

### 1.2.1. ปัจจัยของการเกิดโรคมะเร็ง

โรคมะเร็งเกิดจากการหลายสาเหตุและปัจจัยร่วมกัน โดยปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งแบ่งออกเป็นปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกในร่างกาย (สุวรรณี สิริเลิศตระกูล และคณะ , 2555) ดังนี้

1.2.1.1 ปัจจัยภายในร่างกาย (Endogeneous factor) ประกอบด้วย เชื้อชาติ เพศ อายุ ระบบภูมิคุ้มกัน กรรมพันธุ์ และความผิดปกติเช่น ไข้ เป็นต้น

1.2.1.2 ปัจจัยภายนอกในร่างกาย (Exogenous factor) ประกอบด้วย การได้รับสารเคมี รังสี ไวรัส เชื้อโรค สารพิษ และตัวแปรต่างๆ ที่ส่งผลให้เกิดการกลายพันธุ์ของเซลล์ปกติเป็นเซลล์มะเร็ง แบ่งได้ 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้

1) เซลล์ปกติที่มีการกลายพันธุ์ของยีนทำให้มีความสามารถในการแบ่งตัวมากขึ้น

2) Hyperplasia คือ เกิดการเพิ่มจำนวนของเซลล์จำนวนมาก เซลล์เหล่านี้มีลักษณะปกติ แต่บางเซลล์เกิดการกลายพันธุ์ของยีนมากขึ้น

3) Dysplasia คือ เริ่มมีเซลล์บางเซลล์มีรูปร่างและการเรียงตัวผิดปกติ เนื่องจากมีการกลายพันธุ์ของยีนมากขึ้นทำให้พฤติกรรมของบางเซลล์เปลี่ยนไป

4) In situ cancer เซลล์ที่ผิดปกตินี้เปลี่ยนแปลงเป็นเซลล์มะเร็ง ไม่สามารถกลับคืนเป็นเซลล์ปกติได้อีก และยังสามารถกลายพันธุ์ของยีนมากขึ้น แต่ยังไม่ลุกลามผ่าน Basement membrane ไปยังเนื้อเยื่อปกติข้างเคียง

5) Invasive cancer เซลล์มะเร็งลุกลามไปยังเนื้อเยื่อและอวัยวะข้างเคียงและสามารถจะแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นทั่วร่างกายทางกระแสเลือดหรือท่อน้ำเหลือง โดยมีกลไกของการเกิดโรคมะเร็ง ดังกล่าวต่อไปนี้

### 1.2.2 กลไกการเกิดโรคมะเร็งระยะลุกลาม

มะเร็งเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับความผิดปกติของยีน มีการกลายพันธุ์ แบ่งตัวของเซลล์อย่างรวดเร็ว หรือมีความผิดปกติของกลไกการซ่อมแซมดีเอ็นเอที่ผิดปกติ ทำให้เซลล์เกิดการเจริญที่ผิดปกติ มีการแบ่งตัวของเซลล์ที่ผิดปกติอย่างรวดเร็ว จนไม่สามารถควบคุมการแบ่งตัวได้ จึงเรียกเซลล์ที่แบ่งตัวผิดปกติว่า เซลล์มะเร็ง ซึ่งเซลล์เหล่านี้เมื่อมีการแบ่งตัวแล้วจะมีการแพร่กระจายตัวไปยังอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย (Metastasis) อาศัยช่องทางในการแพร่กระจายคือทางเส้นเลือดและระบบน้ำเหลือง (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555)

### 1.2.3 การแบ่งระยะของโรค

สำหรับการแบ่งระยะของโรค โดยการพิจารณาองค์ประกอบหลัก 3 ส่วน คือขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary tumor size : T) การกระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง (Node involvement : N) และการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ (Metastasis : M) ซึ่งเรียกว่า “ระบบ ที-เอ็น-เอ็ม” (TNM : Tumor-Node-Metastasis system) ซึ่งการแบ่งระยะด้วยระบบ TNM (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554) มีรายละเอียดดังนี้

T ขนาดและขอบเขตของก้อนมะเร็งปฐมภูมิ (Primary Tumor) แบ่งเป็น

Tx ไม่สามารถประเมินก้อนได้

T0 ไม่มีหลักฐานของก้อน

Tis มะเร็งระยะต้นๆ ที่อยู่บนชั้นของเซลล์ปกติยังไม่แทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อปกติ (Carcinoma in situ)

T1,2,3,4 ขนาดต่างๆ ขนาดก้อนจากเล็กไปใหญ่

N การแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลือง(Regional Lymph nodes) แบ่งเป็น

Nx ไม่สามารถประเมินต่อมน้ำเหลืองได้

N0 ไม่พบมะเร็งในต่อมน้ำเหลือง

N1,2,3 มะเร็งเข้าไปในต่อมน้ำเหลือง (จำนวนและขอบเขตที่แพร่ไปในต่อมน้ำเหลืองจากน้อยไปถึงจำนวนมาก)

M การแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น (Distant Metastasis)

Mx ไม่สามารถประเมินการแพร่กระจายได้

M0 ไม่พบการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

M1 แพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น

ตัวอย่าง มะเร็งเต้านมระยะ T3N2M1 หมายถึงมะเร็งก้อนใหญ่ที่มีการลุกลามเข้าต่อมน้ำเหลือง และมีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นของร่างกาย สำหรับการแบ่งระยะของโรคมะเร็งนั้นยังสามารถอธิบายด้วยการแบ่งออกเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (Stage I) เริ่มเป็นก้อนมะเร็งจำกัดอยู่คงที่ในอวัยวะที่เกิดมะเร็ง

ระยะที่ 2 (Stage II) ระยะกระจายออกไปยังอวัยวะใกล้เคียงของอวัยวะที่กำเนิดมะเร็ง

ระยะที่ 3 (Stage III) ระยะลุกลามไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือต่อมน้ำเหลืองบริเวณใกล้เคียง

ระยะที่ 4 (Stage IV) ระยะที่มีการแพร่กระจายนอกเหนือการควบคุมของร่างกาย มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะที่ไกลจากอวัยวะที่เป็นต้นกำเนิดมะเร็ง เช่น ตับ ปอด กระดูก เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป มะเร็งมี 4 ระยะ โดยมะเร็งระยะลุกลามจะมีการกระจายตัวของเซลล์มะเร็งไปยังอวัยวะข้างเคียง หรือต่อมน้ำเหลือง และยังมีการกระจายไปยังอวัยวะอื่นที่ไกลอวัยวะต้นกำเนิดของมะเร็ง เช่น ตับ ปอด กระดูก เป็นต้น หรือกล่าวโดยสรุปคือ มะเร็งระยะลุกลามเป็นมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นมะเร็งในระยะที่ 3 หรือ 4 สำหรับการรักษานั้น ดังต่อไปนี้

### 1.3 การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลามนั้น เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เนื่องจากเซลล์มะเร็งมีการกระจายตัวไปยังอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับความทุกข์ทรมานจากตัวโรคและอาการแทรกซ้อน สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ นั้น มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรเทาอาการทุกข์ทรมานจากตัวโรค และเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Cancer Council Australia, 2019; สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) โดยวิธีการรักษามีดังต่อไปนี้

1.3.1 การรักษาทางศัลยกรรม การผ่าตัดก้อนเนื้อออกชนิดมะเร็งออกไปเป็นวิธีการรักษาเนื้องอกมะเร็งชนิดเป็นก้อนเนื้อ (Solid) ได้มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุด แต่สำหรับการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่มีการแพร่กระจายตัวของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น จะขึ้นอยู่กับจำนวน ตำแหน่งการแพร่กระจายตัวของมะเร็ง ชนิดของมะเร็ง อัตราการเติบโตของมะเร็ง การรักษาที่ได้รับมาก่อนและการตอบสนองต่อการรักษาเหล่านั้น นอกจากนี้ อายุของผู้ป่วย ความแข็งแรงและความพร้อมของร่างกาย ตลอดจนความต้องการของผู้ป่วยก็มีความสำคัญในการพิจารณาเพื่อรักษา การรักษาด้วยการผ่าตัดไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยหายขาดได้ การคัดเลือกผู้ป่วยให้เหมาะสมสำหรับการผ่าตัดในมะเร็งระยะลุกลามเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการผ่าตัดรักษา ดังเช่น มะเร็งเต้านมที่กระจายไปที่ตับ การผ่าตัดเอาตำแหน่งที่มะเร็งกระจายไปบริเวณตับออกไป ไม่มีประโยชน์ในการเพิ่มระยะการมีชีวิตรอดที่ยาวนานขึ้น (สุวรรณิ สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555)

1.3.2 หลักการรักษาทางยาเคมีบำบัด เป็นการรักษาด้วยยาหรือสารที่ยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์ที่อยู่ในวงจรชีวิตของเซลล์ (Cell cycle) ในระยะต่างๆ ทำให้เซลล์มะเร็งสูญเสียการควบคุมวงจรชีวิต และสุดท้ายไม่สามารถเติบโตได้ โดยมีวัตถุประสงค์ของการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด



ดังต่อไปนี้ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555)

1.3.2.1 เพื่อรักษาโรคให้หายขาด (Curative or definitive chemotherapy) มีมะเร็งบางชนิดที่ตอบสนองต่อยาเคมีบำบัด ถึงแม้จะมีการแพร่กระจายแล้ว ทำให้ใช้ยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาหลัก เช่น มะเร็งลูกลิ้นอะ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิด Diffuse large B-cell เป็นต้น

1.3.2.2 เพื่อเป็นการรักษาเสริม (Adjunctive therapy) ให้ยาเพื่อเสริมกับการรักษาหลักวิธีอื่นๆ โดยมากมักเสริมกับการผ่าตัด แบ่งย่อยได้เป็นการให้ก่อนผ่าตัดและการให้หลังผ่าตัด

1) การให้ยาเสริมหลังการผ่าตัด (Adjuvant systemic therapy/ Chemotherapy) เพื่อกำจัดเซลล์มะเร็งที่อาจหลงเหลืออยู่ (Micrometastasis) และลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ

2) การให้ยาเสริมก่อนการผ่าตัด (Neoadjuvant หรือ Primary systemic therapy) เป็นการให้ยาเพื่อให้อ่อนมีขนาดเล็กก่อนผ่าตัด หรือ ก่อนฉายรังสี ซึ่งจะช่วยให้การผ่าตัดง่ายขึ้น สามารถเก็บรักษาอวัยวะได้มากขึ้น เช่น มะเร็งกล่องเสียงที่ต้องการหลีกเลี่ยงการผ่าตัด Total laryngectomy

1.3.2.3 เพื่อประคับประคองอาการ (Palliative chemotherapy) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีการลุกลามของโรค ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้เพื่อควบคุมการลุกลาม บรรเทาอาการที่เกิดจากโรค ซึ่งอาจช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตในช่วงเวลาที่เหลืออยู่ให้ดีขึ้น บางครั้งอาจยืดระยะเวลาการรอดชีวิตได้เช่น มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ใหญ่ เป็นต้น

ยาที่ใช้ในการรักษาเพื่อให้ได้ผลดังกล่าว ได้แก่ ยาเคมีบำบัด ใช้สำหรับโรคมะเร็งหลายชนิด ยากลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านฮอร์โมน (Hormonal therapy) ใช้ในโรคมะเร็งเต้านม และมะเร็งต่อมลูกหมาก นอกจากนี้ ในปัจจุบันมีการพัฒนายากลุ่มใหม่ที่มีความจำเพาะกับมะเร็งแต่ละชนิด ที่เรียกว่า การรักษาแบบมุ่งเป้า (Targeted therapy) เพิ่มขึ้นมากมาย จึงทำให้ทางเลือกในการรักษาผู้ป่วยมีความหลากหลายมากขึ้นกว่าเดิม (Cancer Council Australia, 2019)

ยาเคมีบำบัดที่ใช้สำหรับการรักษาโรคมะเร็งนั้น มีการออกฤทธิ์โดยไปทำลายเซลล์มะเร็ง และยับยั้งการแบ่งตัวของเซลล์มะเร็ง หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดทางเส้นเลือดหรือแม้แต่โดยการรับประทาน ยาเหล่านี้จะกระจายไปทั่วร่างกายและออกฤทธิ์ต่อเซลล์มะเร็ง แต่จะพบว่าเซลล์ปกติอื่นๆ ในร่างกายก็ย่อมมีผลกระทบจากยาเคมีบำบัดดังกล่าวด้วย โดยเฉพาะเซลล์ปกติที่มีคุณสมบัติในการผลิตเซลล์และแบ่งตัวได้เร็ว เช่น เซลล์เม็ดเลือดต่างๆ ในไขกระดูก ซึ่งจะส่งผลไปกุดการสร้างเม็ดเลือดจากไขกระดูก ทำให้เกิดมีภาวะเม็ดเลือดต่ำกว่าปกติได้เซลล์เยื่อบุตามทางเดินอาหาร ตั้งแต่ในช่องปากจนถึงลำไส้ใหญ่ส่วนล่าง ทำให้เกิดแผลในเยื่อบุต่างๆ รวมถึงการเกิดท้องเสีย

เซลล์ในระบบสืบพันธุ์อาจทำให้เป็นหมันได้ในเพศชาย และเซลล์บริเวณรูดุมขนของเส้นผม ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผมร่วง โดยผลกระทบดังกล่าวมักเป็นเพียงแค่ชั่วคราวเท่านั้น พอหมดฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดแล้วอาการต่างๆ ก็จะค่อยๆ ดีขึ้นตามลำดับ

จะพบผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดในผู้ป่วยแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ซึ่งขึ้นอยู่กับชนิดของสูตรยาเคมีบำบัด ขนาดของยา จำนวนครั้งที่ได้รับยาและสถานะของผู้ป่วยก่อนที่จะได้รับยาเคมีบำบัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดที่พบได้บ่อยๆ (วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิต และคณะ, 2554) ได้แก่

- 1) อาการอ่อนเพลียไม่มีแรง สาเหตุอาจเกิดจากผู้ป่วยมีภาวะโลหิตจางร่วมด้วยโดยอาการจะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาประมาณ 7 วันแล้วจะค่อย ๆ ดีขึ้น
- 2) อาการคลื่นไส้และอาเจียน ขึ้นอยู่กับชนิดของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ อาการจะเกิดได้ภายใน 1-2 ชั่วโมง หลังได้รับยาและอาการส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ยกเว้นสำหรับยาเคมีบำบัดบางชนิดที่อาจทำให้เกิดอาการคลื่นไส้อาเจียนได้นานถึง 3-7 วัน หลังจากได้ยาครั้งสุดท้าย
- 3) เบื่ออาหาร เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงความอยากรับประทานอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและหายไปภายใน 2-6 สัปดาห์หลังได้รับยา
- 4) ขนและผมร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อรากผมและขนทำให้ผมและขนร่วงง่าย อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราวเท่านั้น โดยมีอาการเกิดขึ้นภายใน 2-3 สัปดาห์ หลังได้รับยาและผมจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 1 เดือนหลังจากหยุดยาแล้ว
- 5) ภูมิคุ้มกันโรคต่ำ จากการที่ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาแล้ว 10-14 วัน แล้วเม็ดเลือดขาวจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์
- 6) ภาวะเลือดออกง่ายจากเกล็ดเลือดต่ำ อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์แล้วจะค่อยๆ กลับสู่ปกติในสัปดาห์ที่ 3-4 หลังได้รับยาเคมีบำบัด
- 7) ผิวหนังแห้งและคัน ผิวลำดำและมีความไวต่อแสงแดดและการเปลี่ยนแปลงของสีเล็บจากผลของยาเคมีบำบัดบางชนิด
- 8) ผลที่เยื่อหูภายในช่องปาก เกิดเนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อหูช่องปากทำให้มีอาการปากแห้ง เจ็บและมีแผล อาจจะมีการติดเชื้อในช่องปากได้ รับประทานอาหารได้ลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นหลังได้รับยา 5-7 วัน อาการจะดีขึ้นถ้าได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและเมื่อยาหมดฤทธิ์

9) ท้องเสีย เกิดจากยาระคายเคืองต่อเยื่อบุทางเดินอาหารทำให้การย่อย และดูดซึมอาหารลดลง อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราว และจะดีขึ้นเมื่อยาหมดฤทธิ์ และท้องผูก เนื่องจาก ยามีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ลดการเคลื่อนไหวของลำไส้ อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราว และดีขึ้น ภายหลังจากได้ยา 1 สัปดาห์

1.3.3 หลักการรักษาทางรังสี โดยรังสีจะทำปฏิกิริยากับออกซิเจนซึ่งมีอยู่ในเนื้อเยื่อ หรือเซลล์ ทำให้แตกตัวเป็นประจุ (Ionization) เกิดเป็นอนุมูลอิสระ (Free radical) ซึ่งทำให้เกิดการทำลาย DNA ถ้าการทำลาย DNA มีความรุนแรงมาก เซลล์ไม่สามารถซ่อมแซมตัวเองได้ เซลล์ก็จะตาย หรือไม่สามารถแบ่งตัวต่อไปได้ (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) ซึ่งประกอบด้วย

1.3.3.1 รังสีวินิจฉัย (Diagnostic radiology) ได้แก่ การทำเอกซเรย์ (Plain film, mammogram) อัลตราซาวด์ เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ (CT scan) เอกซเรย์คลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เพื่อ วินิจฉัยโรค, ตรวจหาระยะของโรค, ติดตามผลการรักษา และตรวจดูผลข้างเคียงของการรักษา

1.3.3.2 รังสีรักษา (Radiation oncology, radiotherapy) เป็นการใช้รังสี เพื่อรักษาเนื้องอกหรือมะเร็ง

1.3.3.3 เวชศาสตร์นิวเคลียร์ (Nuclear medicine) เป็นการใช้สารเภสัช รังสี โดยการรับประทานหรือฉีดเข้าไปในร่างกายผู้ป่วยเพื่อตรวจวินิจฉัยหรือรักษามะเร็ง ดังนี้

1) การตรวจวินิจฉัย ได้แก่ การทำสแกนกระดูก (Bone scan) การตรวจการทำงานของหัวใจ ก่อนการให้ยาเคมีบำบัด การฉีดสารเภสัชรังสีเพื่อหาต่อมน้ำเหลืองเซนติเนล เพื่อทำ Sentinel lymph node biopsy ในมะเร็งเต้านม

2) การรักษา ได้แก่ การฉีดสารเภสัชรังสีเพื่อรักษามะเร็งกระจายไปที่กระดูก (Bone metastasis) การดื่มน้ำแร่ไอโอดีน (Iodine-131) เพื่อรักษามะเร็งต่อมไทรอยด์ ผลข้างเคียงของรังสี จะเกิดในบริเวณที่ได้รับรังสีคือ เกิดกับอวัยวะที่ได้รับรังสีเท่านั้น (สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล และคณะ, 2555) โดยมีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดผลข้างเคียงได้แก่

- 1) ปริมาณรังสี (Radiation dose)
- 2) บริเวณที่ได้รับรังสี (Volume of treatment) ถ้าบริเวณที่ได้รับรังสีกว้าง จะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงมาก
- 3) การรักษาร่วม (Combined treatment) ได้แก่ การผ่าตัด เคมีบำบัด จะเพิ่มการเกิดผลข้างเคียงได้
- 4) โรคร่วมอื่นๆ ได้แก่ เบาหวาน ความดัน Connective tissue disease (Active SLE, Scleroderma) จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดผลข้างเคียงของรังสี

5) อายุของผู้ป่วย โดยถ้าเป็นในผู้ป่วยเด็กจะมีโอกาสเกิดผลข้างเคียงระยะยาวจากรังสีมากกว่าผู้ใหญ่

โดยผลข้างเคียงของรังสีแบ่งเป็น 2 แบบคือ

1) ผลข้างเคียงระยะสั้น (Acute and subacute complication) เกิดระหว่างการให้รังสีจนถึง 6 เดือนหลังจบการรักษา เกิดจากผลต่อเนื้อเยื่อที่แบ่งตัวเร็ว หรือเกิดการอักเสบในบริเวณที่ได้รับรังสี เช่น เยื่อบุช่องปากและลำคออักเสบจากรังสี ท้องเสีย การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง เป็นต้น ส่วนใหญ่แล้วผลข้างเคียงระยะสั้นจะค่อยๆ ดีขึ้นหายหลังจากจบการรักษาแล้ว

2) ผลข้างเคียงระยะยาว (Chronic/late complication) เกิดหลังจากจบการรักษาด้วยรังสีแล้วหลังจาก 6 เดือนเป็นต้นไป มีโอกาสเกิดได้ตลอดชีวิต ได้แก่ การเกิดผังผืด หรือเกิดการอุดตันของหลอดเลือด ทำให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะนั้นๆ ไม่ดี ทำให้การทำงานของอวัยวะบกพร่องไป ผลข้างเคียงระยะยาวถ้าเกิดแล้วมักจะเป็นไปตลอด เช่น กระเพาะปัสสาวะหรือลำไส้ใหญ่อักเสบจากรังสี (Radiation cystitis/proctitis) ในการรักษามะเร็งปากมดลูกหรือมะเร็งต่อมลูกหมาก ทำให้ปัสสาวะเป็นเลือดหรือถ่ายเป็นเลือด การมีพังผืดบริเวณที่ฉายรังสี การฉายรังสีที่สมองอาจจะมีผลกระทบต่อความจำหรือความสามารถในการเรียนรู้ การเกิดเนื้องอกหรือมะเร็งชนิดที่สอง (Radiation-induced second cancer) ในบริเวณที่ได้รับรังสี เป็นต้น

การแนะนำผู้ป่วยระหว่างการรักษาด้วยรังสี

1) ให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง รับประทานอาหารที่สะอาดและมีประโยชน์ให้ครบ 5 หมู่ ไม่มีอาหารต้องห้ามหรืออาหารแสลง โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและลำคอ และผู้ป่วยที่ได้รับเคมีบำบัดพร้อมกับรังสี

2) บริเวณที่ฉายรังสีถูกน้ำได้ ใช้ผ้าเบาๆ ห้ามขัดถู ห้ามให้เส้นที่ขีดไว้ลบ ดูแลรักษาให้สะอาดไม่อับชื้น ไม่ควรถูกแดดแรงจัด หรือออกกำลังกายหักโหม

3) ถ้ามีอาการผิดปกติ เช่น ไข้สูง หนาวสั่น เพลีย ท้องเสียมาก ให้รีบแจ้งพยาบาลหรือแพทย์ที่ดูแล

4) ห้ามดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่

5) ผู้ป่วยสามารถเข้าใกล้ผู้อื่นหรือเด็กได้ตามปกติ เนื่องจากไม่ได้มีรังสีตกค้างในตัวผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายต่อผู้อื่น

6) ปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลเพื่อป้องกันผลข้างเคียงในระยะยาวและมาตรวจตามนัดของแพทย์

กล่าวโดยสรุป การรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ประกอบไปด้วย การรักษาทางศัลยกรรม การรักษาทางเคมีบำบัดและการรักษาทางรังสี โดยมีเป้าหมายของการรักษาเพื่อบรรเทา

อาการทุกข์ทรมานจากภาวะคุกคามของโรคเป็นไปเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ป่วย ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะลุกลามนั้นอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ดังต่อไปนี้

#### 1.4 ผลกระทบจากโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

โรคมะเร็งระยะลุกลามเป็นโรคที่ที่มีการเปลี่ยนแปลงตามพยาธิสภาพของโรค มีการคุกคามชีวิต จากตัวโรคและการรักษา มักส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; นภา ทวีรทรงกุล, 2555; สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2560; สุชาวดี รุ่งแจ้ง และรัชณี นามจันทร์, 2559) ดังต่อไปนี้

1.4.1 ด้านร่างกาย พยาธิสภาพของโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่นๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดอาการไม่สุขสบาย ซึ่งอาการเหล่านี้เป็นอาการที่รบกวนการใช้ชีวิตของผู้ป่วย หรือทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง อยู่ในภาวะพึ่งพา ซึ่งอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; นภา ทวีรทรงกุล, 2555) ดังประกอบด้วยดังนี้

1.4.1.1 อาการปวดเป็นอาการที่ทำให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานมากที่สุดจากการศึกษาของ ศรีรัตน์ มากมาย และคณะ (2556) พบอาการปวดถึงร้อยละ 80.30 ในผู้ป่วยและนอกจากยังพบว่า อาการปวดที่เกิดจากการลุกลามของของมะเร็งไปยังอวัยวะอื่น สูงถึงร้อยละ 60-80

1.4.1.2 อาการนอนไม่หลับมักเกิดขึ้นจากปัญหาด้านจิตอาารมณ์ ความเครียด ความกลัว ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพของการนอน กล่าวคือ ผู้ป่วยจะนอนหลับได้ยากขึ้น มีการหลับไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถหลับต่อได้ ซึ่งพบในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถึง ร้อยละ 67.50 (นภา ทวีรทรงกุล, 2555)

1.4.1.3 ไม่อยากอาหาร เบื่ออาหารซึ่งเป็นผลจากการหลั่งสาร Tumor necrotic factor (TNF) ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานสูง ทำให้สูญเสียพลังงานและส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีอาการเบื่ออาหารถึงร้อยละ 65.06 (นภา ทวีรทรงกุล, 2555)

1.4.1.4 อาการไอ หายใจลำบากเกิดจากการที่ก้อนของมะเร็งไปอุดกั้นบางส่วนของหลอดลมทำให้มีอาการไอ ร้อยละ 61.4 (นภา ทวีรทรงกุล, 2555) และอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจะมีการอาการหายใจติดขัด หอบเหนื่อยง่าย หรือมีอาการหายใจไม่อิ่มเนื่องจากการทำงานของปอดผิดปกติไป ซึ่งอาการหายใจลำบากพบได้ในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ร้อยละ 54.2 (นภา ทวีรทรงกุล, 2555)

1.4.1.5 อ่อนเพลีย เปื่อย ไม่มีแรงเกิดจากปฏิกิริยาระหว่างตัวมะเร็งและการตอบสนองทางเคมีของร่างกายที่เกิดจากโรคมะเร็งระยะลุกลาม รวมไปถึงวิธีการรักษาที่นานและต่อเนื่อง ทำให้พบอาการอ่อนเพลีย เปื่อย ไม่มีแรง ได้ถึงร้อยละ 71.88 (เบญจมาศ ปรีชาคุณ และคณะ, 2562)

1.4.1.6 ติดเชื้อ เนื่องจากแผลมะเร็งจากภูมิคุ้มกันที่ต่ำลงอันเป็นผลที่

อาจเกิดขึ้นจากการรักษา รวมทั้งการติดเชื้อเดิมของผู้ป่วย (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1.4.1.7 ภาวะซีด ซึ่งอาจเกิดจากเม็ดเลือดแดงของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แดงง่าย มีอายุสั้น มีการสร้างขึ้นน้อยลง ผลข้างเคียงจากการรักษา และจากการเสียเลือดจากแผล มะเร็งที่เป็นเรื้อรัง (วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร, 2554)

1.4.2 ด้านจิตใจ เป็นความทุกข์ทรมานที่ขึ้นภายในจิตใจของผู้ป่วย ซึ่งมักจะส่งผลให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มองดูตนเองไม่เหมือนเดิมหรือเปลี่ยนแปลงไป ถึงร้อยละ 65.10 (นภาพวีรรรยกุล, 2555) เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองต้องมีการพึ่งพาผู้ดูแลในครอบครัวจึงส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงมุมมองต่อตนเองว่าเปลี่ยนแปลงไป ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยอาจมีความกังวล และกลัวใจ ถึงร้อยละ 54.22 (พรพิมล เลิศพานิช และคณะ, 2560) เป็นความทุกข์ด้านจิตใจเมื่อผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามคิดถึงความตาย การที่ต้องพลัดพลาดจากบุคคลอันเป็นที่รักทำให้เกิดความวิตกกังวลเกี่ยวกับความตายขึ้น และด้วยตัวโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ย่อมส่งผลกระทบต่อจิตใจ จะมีความรุนแรงมากยิ่งขึ้นหากไม่ได้รับการแก้ไขทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ใจกับภาวะใกล้ตาย (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554; พระไพศาล วิสาโล และคณะ, 2552)

1.4.3 ด้านจิตวิญญาณ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ป่วยบางรายอาจมีการกล่าวโทษและตำหนิตัวเองว่าเกิดจากเคราะห์กรรมที่ตนนั้นได้กระทำไว้ หรือได้เบียดเบียนผู้อื่นไว้ ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเสมือนเป็นการได้รับผลของกรรมที่ตนเองนั้นได้สร้างไว้ นับได้ว่าเป็นความบอบช้ำทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่ได้กล่าวโทษและตำหนิตนเอง (Tipseankhum et al., 2016) พบว่าผู้ป่วยบางรายมีความเชื่อถือ ศรัทธาในศาสนาหรือสิ่งที่ตนเองนับถือ จากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะไปประกอบพิธีทางศาสนาของตนเองได้ดังเดิม ส่งผลให้ผู้ป่วยบางรายขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัว ขาดสติและมีความฟุ้งซ่านขึ้นในจิตวิญญาณของผู้ป่วย (ทัศนีย์ ทองประทีป, 2553)

1.4.4 ด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอาจทำให้ผู้ป่วยมีภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ ไม่กล้าที่จะเข้าสังคม เก็บตัว กลัวว่าตนจะไม่ใช่ที่ต้องการของสังคม ส่งผลให้สัมพันธ์ภาพระหว่างคนในครอบครัวมีปัญหา และผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ตนเองนั้นเป็นภาระของคนในครอบครัว (อรวิฑู กาญจนจारी และคณะ, 2560) การเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องปรับบทบาทหน้าที่ของตนในครอบครัว (กัญญ์ฐิตา ศรีภา, 2554) จากเดิมที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายภายในครอบครัวเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จึงทำให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัว (Solomon et al., 2019)

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเป็นผู้ป่วยที่มีความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง และคนในครอบครัวหากไม่ได้รับการดูแลและแก้ไขอย่างถูกต้องเหมาะสมก็จะยิ่งทวีคูณความรุนแรง

ของปัญหา สำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ซึ่งบ้านเป็นบริบทที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงความเคยชินและปลอดภัย พบว่าการได้กลับบ้านนั้นเป็นความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม โรงพยาบาลจึงมีบทบาทในการตอบสนองความต้องการ สำหรับสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายซึ่งเป็นส่วนหนึ่งในมะเร็งระยะลุกลามนั้น ดังต่อไปนี้

### 1.5 สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

สำหรับประเทศไทยพบสถานการณ์ปัญหาของการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย โดยพบการศึกษาของ (สุธารัตน์ กุศลรัตนมาศ และวาสิณี วิเศษฤทธิ, 2560) ดังต่อไปนี้

1.5.1 ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่ โดยมุ่งเน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการรักษาให้หายมากกว่าการมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตและการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค

1.5.2 บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังเน้นการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

1.5.3 สถานบริการสุขภาพของรัฐมีการจัดระบบบริการที่ไม่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย

1.5.4 ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิตรวมถึงภาวะพลัดพรากสูญเสีย

1.5.5 ปัญหาความขัดแย้งด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย นอกจากนี้การฝึกอบรมต่อเนื่องภายหลังจบการศึกษาในระดับปริญญาตรียังไม่แพร่หลายและเอื้อให้พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการศึกษาระดับปริญญาโท อุดมศึกษาที่สำคัญที่ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเนื่องจากเวลาที่จำกัดภาระงานมาก การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพพยาบาลระดับผู้บริหารไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพยังขาดแนวปฏิบัติการดูแลร่วมกันกับสหวิชาชีพ และมีข้อเสนอแนะ คือ การเพิ่มศักยภาพของทีมพยาบาลในด้านความรู้ความเข้าใจในหลักการดูแลและทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตและความตายเพื่อลดปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับนโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ ดังหัวข้อต่อไป

### 1.6 นโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้าย

ปัจจุบันสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ได้ตระหนักและเห็นถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคองมากขึ้น เนื่องจากพบว่าแนวคิดเรื่องการสร้างเสริมสุขภาพในระยะท้ายของชีวิตเป็นเรื่องใหม่ของสังคมไทย แม้จะมีหลายองค์กรได้ดำเนินการเรื่องนี้มาระยะหนึ่ง แต่ควรให้การผลักดันให้แนวทางการดูแลแบบประคับประคองไปสู่สาธารณชนมากขึ้น และ

ต้องอาศัยทั้งระบบบริการสุขภาพและระบบสังคมรองรับเรื่องนี้ ดังนั้น สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ในระดับชาติเพื่อรองรับปัญหาของสังคมไทยที่ต้องเผชิญกับโรคใหม่ ๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคเอดส์ โรคภัยแรงต่าง ๆ เป็นต้น ที่เป็นต้นเหตุของการทุกข์ทรมานก่อนที่จะเสียชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสมศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) จึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ระดับชาติด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558) เพื่อมุ่งเน้นให้ทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่ดีจนกระทั่งถึงวาระสุดท้าย ประกอบด้วย 3 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 : เสริมสร้างความรู้ทัศนคติที่ดีต่อการมีสุขภาวะในระยะท้ายและตายดีและการดูแลแบบประคับประคอง

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งสร้างความรู้ความเข้าใจของสังคมในเรื่องของการตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง โดยการพัฒนาเนื้อหาสาระ รูปแบบ ช่องทาง และเครื่องมือการสื่อสารอย่างเป็นระบบครอบคลุมทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและภาคประชาชนมีการสร้างและพัฒนาเครือข่ายการดูแลแบบประคับประคองให้เข้มแข็ง สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างกลุ่มเครือข่ายและบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข และมีการสื่อสารทางสังคม สำหรับในการพัฒนาบุคลากรกลุ่มวิชาชีพให้ดำเนินการควบคู่ไปกับการให้รณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนด้วย มุ่งที่จะสร้างและจัดการความรู้เพื่อสนับสนุนการพัฒนา รูปแบบและระบบการดูแลแบบประคับประคองที่เป็นองค์รวมตลอดจนการจัดการความรู้ในเรื่องธรรมชาติของชีวิต โดยผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีทั้งความรู้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยการพัฒนาระบบการศึกษา การวิจัยและพัฒนาการสร้างระบบการจัดการความรู้ การจัดการคลังความรู้และการสร้างระบบการเรียนรู้ การถ่ายทอดประสบการณ์และการแบ่งปันและกระจายความรู้

กลยุทธ์

1. สร้างเสริมพลังในการสื่อสาร โดยสร้างความร่วมมือระหว่างองค์กรภาคีเครือข่าย
2. สร้างเสริมทุนทางปัญญาแก่ประชาชน ชุมชน เครือข่าย พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางศาสนา และองค์กรทางศาสนา และบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข โดยการสนับสนุนการวิจัยในทางเทคนิค และเชิงระบบ และการจัดการความรู้
3. สนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางศาสนา และองค์กรทางศาสนา เครือข่ายภาคประชาชนเรื่องความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการตายดี และการดูแลแบบประคับประคอง
4. สนับสนุนให้พระภิกษุสงฆ์ ผู้นำทางศาสนาและองค์กรทางศาสนา เครือข่ายภาคประชาชนและจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและครอบครัว



ยุทธศาสตร์ที่ 2 : พัฒนาและจัดระบบบริการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายที่ได้คุณภาพ มาตรฐาน ครอบคลุม เพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายและรองรับการตายดี

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งพัฒนาระบบการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้ายให้บูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อทั้งกับระบบสุขภาพจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ชุมชนและระหว่างสถานบริการสาธารณสุขด้วยกันให้เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายและการตายดี โดยการพัฒนาระบบการแพทย์และการสาธารณสุขที่เป็นองค์รวม ครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณ ให้ได้คุณภาพ มีมาตรฐาน และมีจำนวนเพียงพอและประชาชนเข้าถึงบริการได้ โดยอาจกำหนดไว้ในแผนพัฒนาระบบบริการ (service plan)

กลยุทธ์

1. สร้างและพัฒนารูปแบบการบริการการดูแลแบบประคับประคองระยะท้ายโดยคำนึงถึงการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือกด้วย
2. ขยายความครอบคลุมของการบริการการดูแลแบบประคับประคองระยะท้าย
3. พัฒนามาตรฐาน และระบบการรับรองคุณภาพของสถานพยาบาล สถานพยาบาลกึ่งบ้าน การดูแลที่บ้าน และในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 : พัฒนาระบบบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการ

ยุทธศาสตร์นี้มุ่งพัฒนาระบบบริหารจัดการของระบบย่อยต่าง ๆ ในการสนับสนุนการจัดบริการเพื่อการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายและตายดีทั้งระบบ และในทุกระดับ ซึ่งครอบคลุมถึงระบบพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่รองรับระบบบริการการดูแลแบบประคับประคองทั้งในเชิงจำนวน และสมรรถนะ ความเชี่ยวชาญ ระบบข้อมูล และเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อการจัดการข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพ และเชื่อมโยงทุกระดับของเครือข่ายบริการสามารถนำไปใช้วางแผนแก้ปัญหา กำกับ ติดตาม ประเมินผลได้ ระบบการเงินการคลังที่เน้นการแสวงหาทางเลือกที่คุ้มค่าสมเหตุสมผล เพื่อสนับสนุนการมีสุขภาวะในระยะท้ายและตายดีรวมทั้งการอภิบาลระบบโดยการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย การจัดตั้งกลไก และการออกกฎหมายระเบียบที่เอื้อต่อการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย โดยเฉพาะเอื้อต่อการจัดการบริการการดูแลแบบประคับประคองที่เน้นให้เกิดกลไกการตัดสินใจเชิงจริยธรรม การกำหนดนโยบายกฎหมาย กฎระเบียบ และข้อบังคับที่รองรับการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้าย

กลยุทธ์

1. พัฒนาทรัพยากรบุคคลสำหรับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โดยการจัดทำแผนพัฒนากำลังคนทั้งระบบ การกำหนดประเภทบุคลากร การผลิตและการพัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญ บริหารจัดการ การกระจาย และการธำรงรักษาให้รองรับบริการที่จัดขึ้นได้

2. พัฒนาระบบเทคโนโลยีสารสนเทศที่เชื่อมโยงกับระบบข้อมูลเครือข่ายสถานบริการ สาธารณสุข เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยและใช้งานร่วมกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. สนับสนุนให้หน่วยงานที่มีศักยภาพมีการศึกษา และประเมินความคุ้มค่าของยา เวชภัณฑ์ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ด้านการมีสุขภาวะในระยะท้ายและตายดี

4. สนับสนุนและผลักดันให้มีแรงจูงใจด้านการเงินการคลังให้กับผู้ให้บริการ เพื่อเพิ่มการบริการดูแลแบบประคับประคอง

5. พัฒนานโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบประคับประคองเพื่อการมีสุขภาวะในระยะท้ายและตายดี เช่น กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การแจ้งตาย สถานพยาบาล ผู้สูงอายุ และผู้พิการ ฯลฯ สำหรับระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะท้าย ดังหัวข้อต่อไป

#### 1.7 ระบบการดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยระยะท้าย

ระบบการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายของประเทศไทยพบการดูแลทั้งหมด 4 รูปแบบ (วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2565) ดังกล่าวต่อไปนี้

##### 1.7.1 รูปแบบการดูแลที่บ้าน/การดูแลโดยชุมชน (Home-base/Community-base care)

รูปแบบของการให้บริการดูแลที่บ้านและการดูแลโดยชุมชน มีแนวคิดให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงได้ดูแลในบริบทของครอบครัวและชุมชน เน้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน เป็นบริการที่ตอบสนองความต้องการของคนในชุมชน และสอดคล้องกับวิถีชุมชน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้การดูแลอย่างมีคุณภาพและเหมาะสม ผ่านการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง เน้นการให้บริการพื้นฐานที่จำเป็น การประเมินสุขภาพ การดูแลเพื่อควบคุมจัดการอาการ สนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการนำอาสาสมัครชุมชน (อสม.) ซึ่งเป็นจิตอาสาเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

##### 1.7.2 รูปแบบสถานพยาบาลกึ่งบ้าน (Hospice)

สถานพยาบาลกึ่งบ้าน หรือ ฮอสพิซ (Hospice) หมายถึงสถานที่พำนัก และให้บริบาลผู้ที่เจ็บป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ผู้มีชีวิตอยู่ได้ในเวลาจำกัด อาจเป็นสถานที่ที่จัดขึ้นไว้โดยเฉพาะ เช่น หน่วยงานหนึ่งในโรงพยาบาล หรือสถานพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของรัฐบาล หรือเอกชน เป็นที่สำหรับส่งต่อเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และอาสาสมัคร แนวคิดของฮอสพิซเชื่อว่าความตายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิต เมื่อคนเราจะต้องเสียชีวิต เช่น เป็นมะเร็ง หรือเอดส์ขั้นสุดท้าย หรือสูงอายุมากๆ ก็ไม่ควรยึดความตายออกไปด้วยการนอนป่วยอยู่ในโรงพยาบาลที่ร่างกายมีสายระโยงระยางของเครื่องช่วยหายใจเต็มไปหมด แต่ควรใช้ชีวิตช่วงสุดท้ายที่

เหลืออยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตจึงเน้นที่การดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพของทั้งผู้ป่วย และครอบครัวเป็นสำคัญ

1.7.3 รูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา (Religious-base organization)

การดูแลแบบประคับประคองโดยองค์กรทางศาสนา เป็นทางเลือกหนึ่งของการดูแลด้วยแพทย์ทางเลือก และการดูแลแบบผสมผสาน โดยมีจุดเด่นที่สำคัญ คือ การใช้ธรรมะบำบัดในการเยียวยาด้านจิตใจ และจิตวิญญาณทั้งผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลแบบเป็นองค์รวม แต่ก็อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องของบุคลากรทางการแพทย์ ทุนทรัพย์ ทรัพยากร และการเข้าถึงยาโดยเฉพาะยาแก้ปวดกลุ่มโอปิออยด์

1.7.4 รูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล (Hospital-base services)

โดยการดูแลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลสามารถแบ่งเป็นรูปแบบหลักๆ ได้ 2 ลักษณะ คือ ระบบทีมให้คำปรึกษา (Consultation team) และหน่วยเฉพาะ/หอผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward) ดังต่อไปนี้

1.7.4.1 การดูแลแบบประคับประคองโดยทีมให้คำปรึกษา (Consultation team)

เป็นบริการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ป่วยโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทางด้าน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเฉพาะ ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาหลักที่สำคัญอย่างน้อยควรประกอบด้วยแพทย์และผูปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูงที่ผ่านการอบรมการดูแลแบบประคับประคอง นอกจากนี้บุคคลในทีมอาจประกอบด้วย ทีมสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร นักจิตวิทยา จิตอาสา เป็นต้น

1.7.4.2 หน่วย/หอผู้ป่วยในแบบประคับประคอง (Inpatient palliative care unit/ward)

อาจจัดขึ้นเป็นหอผู้ป่วยที่ดูแลแบบประคับประคอง หรือผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะ หรืออาจจัดมุมใดมุมหนึ่งหรือบางพื้นที่ในหอผู้ป่วยสำหรับผู้ป่วยแบบประคับประคอง ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยเฉพาะนี้ มักเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนต้องการการดูแลเป็นพิเศษ มีอาการยากต่อการควบคุม ครอบครัวมีความทุกข์มากต้องการการสนับสนุนดูแลที่มากกว่าปกติ เป้าหมายของการดูแลเปลี่ยนจากการรักษาเป็นการดูแลเพื่อความสบาย บรรเทาอาการทุกข์ทรมาน และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

กล่าวโดยสรุป สำหรับรูปแบบการดูแลต่อเนื่องในประเทศ พบว่ามี 4 รูปแบบ แต่ในการศึกษางานวิจัยนี้ได้ทำการศึกษาดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้การที่ทีมสุขภาพ

หรือพยาบาลมีการวางแผนการจำหน่ายที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีทักษะและความสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ อีกทั้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยที่ปฏิบัติการมีการประสานส่งต่อการดูแลด้วยการส่งปรึกษาการเยี่ยมบ้านให้มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านก็จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลได้อย่างครอบคลุมได้อีกด้วย เพราะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจะเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการช่วยกันดูแลผู้ป่วย ซึ่งหากพบว่ามีปัญหาที่ผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถที่จะจัดการปัญหาดังกล่าวได้ ชุมชนและการส่งปรึกษาจากหอผู้ป่วยให้มีการเยี่ยมบ้านนั้นก็ช่วยดำเนินการแก้ไขปัญหาทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ดังหัวข้อต่อไป

#### 1.8 บทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

พยาบาลวิชาชีพนั้นเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมีความใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด อีกทั้งพยาบาลเป็นผู้ที่ให้การดูแลแบบองค์รวม คือ ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวให้ได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเผชิญภาวะคุกคามจากความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจในระยะท้ายผ่านกระบวนการพยาบาล ตั้งแต่การประเมินปัญหา การวางแผนการดูแลและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น พยาบาลจึงมีความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้บทบาทหน้าที่ของตนเองในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและในวาระสุดท้ายของชีวิตเพื่อบรรลุเป้าประสงค์ในการดูแล สำหรับบทบาทของพยาบาลในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต (วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2565) ดังนี้

1.8.1 บทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวและทีมสุขภาพ จำเป็นต้องอาศัยความรู้และทักษะ รวมถึงการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยการให้โอกาสในการศึกษาเพื่อเพิ่มทักษะของพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การส่งเสริมทักษะการสื่อสารระหว่างทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งทักษะด้านสื่อสารเป็นทักษะพื้นฐานของผู้ให้การดูแล เพื่อกำหนดผู้รับผิดชอบ และผู้สื่อสารหลักสำคัญครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายทางการแพทย์ พยาบาลผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการการดูแลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตพร้อมทั้งเป็นผู้ที่มีหน้าที่สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งคุณสมบัติของการเป็นพยาบาลผู้สนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย

1.8.1.1 บทบาทของการเป็นผู้ช่วยเหลือ (The helping role)

1.8.1.2 หน้าที่ในการสอนหรือการฝึก (Teaching of coaching function)

1.8.1.3 หน้าที่ในการติดตามการวินิจฉัยผู้ป่วย (Diagnostics client monitoring functions)

1.8.1.4 การบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพในสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลง

อย่างรวดเร็ว (Effective management of rapidly changing situations)

1.8.1.5 การบริหารจัดการแผนการปฏิบัติการรักษาและการให้ยา (Administering and monitoring therapeutic intervention and regimens)

1.8.1.6 การติดตามและการประกันคุณภาพของการปฏิบัติด้านการดูแลสุขภาพ (Monitoring and ensuring quality of health care practice)

1.8.1.7 บทบาทสมรรถนะในการทำงานในองค์กร (Organizational work-role competencies)

1.8.2 พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องมีความซื่อสัตย์ ตรงไปตรงมาและมีความตั้งใจที่จะรักษาหรือเกี่ยวกับความตายและอาการที่เกี่ยวข้องแก่ผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตและครอบครัว ร่วมกับการอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต การประเมินเมื่อมีความจำเป็นสำหรับการเปลี่ยนแปลงความก้าวหน้าของความเจ็บป่วย และการปฏิบัติที่มีความจำเป็นต่อการเปลี่ยนแปลง

1.8.3 พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลอารมณ์หรือความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสนับสนุนความช่วยเหลือเกี่ยวกับการปรับตัว ให้ความรู้เกี่ยวกับชีวิตที่จำกัดจากการเจ็บป่วยและความหมายสำหรับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว รวมถึงต้องมีความสามารถในการแสดงบทบาทในการแจ้งข่าวร้ายร่วมกับมีความสามารถในการฟัง

1.8.4 พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องมีการพูดคุยเพื่อสร้างความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการดำเนินของโรคในวาระสุดท้ายของชีวิต และพูดคุยเกี่ยวกับเรื่องที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพการปฏิบัติที่ผ่านมาที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย รวมถึงความเชื่อของผู้ป่วย ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีความจำเป็นที่ต้องได้รับความเข้าใจที่ครอบคลุมในการพูดคุย โดยสรุปทางการแพทย์ในภาษาง่าย ๆ มีการถามซ้ำ และตอบกลับเพื่อตรวจสอบถึงข้อมูล ความคาดหวังของผู้ป่วยหรือคนในครอบครัวก่อนจบการสนทนา

1.8.5 การจัดการอาการโดยการประสานงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญเพื่อร่วมประเมินปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยให้มีความต่อเนื่องและดีที่สุด

1.8.6 พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องสามารถตรวจสอบความเหนื่อยล้าของบุคลากรและแสดงความเห็นอกเห็นใจประสานงานและสอบถามบุคลากรหลังจากให้บริการผู้ป่วยในวาระท้าย และควรตระหนักว่าการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายชีวิตอาจใช้จำนวนชั่วโมงในการดูแลมากขึ้น จึงควรมีแผนฉุกเฉินสำหรับการดูแลผู้ป่วยอื่น ๆ ด้วย

1.8.7 พยาบาลผู้มีหน้าที่บริหารจัดการดูแลต้องมีความสามารถในการพิจารณาการสนับสนุนครอบครัวให้สามารถเผชิญกับการตายของผู้ป่วยร่วมกับการติดตามครอบครัว การดูแลการพักผ่อนสำหรับผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยเพื่อบรรเทาภาระในการดูแล

1.8.8 การประสานในช่วงของภาวะสุขภาพ และบริการทางสังคมที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วยร่วมกับการให้ความช่วยเหลือในการปฏิบัติงานประจำวัน และบทบาทที่อาจเกี่ยวข้องกับการให้ความช่วยเหลือโดยตรงหรือการหาบุคคลหรือหน่วยงานมาช่วย

1.8.9 บทบาทของการเป็นพี่เลี้ยง และการสอนพยาบาลจบใหม่ควรครอบคลุมนับตั้งแต่การออกแบบระบบบริการ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างสภาพแวดล้อม

กล่าวโดยสรุป บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลแบบประคับประคองนั้น ควรครอบคลุมนับตั้งแต่การออกแบบระบบบริการ การกำหนดมาตรฐานเชิงโครงสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ที่เน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตทุกมิติ ความสุขสบายทั้งของผู้ป่วย และครอบครัวคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัย การกำหนดมาตรฐานกระบวนการดูแลสอดคล้องกับความต้องการแก้ไขปัญหา และศักยภาพของผู้ป่วยและครอบครัวทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม การกำหนดมาตรฐานผลลัพธ์ และกลไกในการประเมินและส่งเสริมคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่องด้วยตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับบริบทสังคมวัฒนธรรม พยาบาลต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อให้มีสมรรถนะในการดูแลแบบประคับประคองและระยะท้ายอย่างมีคุณภาพ สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ดังต่อไปนี้

## 2. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน

### 2.1 ความหมายของการดูแล

Morse et al. (1990) การดูแลเป็นธรรมชาติของมนุษย์ในสังคมเพื่อดำรงรักษาเผ่าพันธุ์ไว้ โดยการดูแลขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความแตกต่างของการเรียนรู้ ทักษะของแต่ละบุคคล และการดูแลนั้นสามารถแสดงออกได้ โดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์ หรือลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ ห่วงใจ การดูแลด้วยความใส่ใจที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความสัมพันธ์ระหว่างกัน

Leninger (1991) การดูแลเป็นกิจกรรมของความช่วยเหลือ (Assistive) การสนับสนุน (Supportive) การอำนวยความสะดวก (Facilitative) และการสร้างความสามารถ (Enabling) เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลของบุคคลที่แสดงออก หรือค้นพบ นำมาเป็นแนวทางปรับปรุงการดูแลรักษาไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี และการมีความสุขในชีวิต

ศิริอร สินธุ และสมใจ พุทธิพิทักษ์ผล (2542) การดูแลเป็นกิจกรรมที่เกิดขึ้นควบคู่ไปกับการดำรงชีวิตของมนุษย์ ซึ่งเกิดขึ้นจากทักษะของการมีสัมพันธภาพอันดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว ให้การดูแลด้วยความห่วงใย ใส่ใจ และความผูกพัน มีการได้รับการสนับสนุนในเรื่องของความรู้ทักษะในการดูแล สิ่งของ เพื่อช่วยในการดูแล

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) การดูแล คือกิจกรรมที่ช่วยเหลือผู้อื่นทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกถึง ความรู้สึกเห็นใจ (Empathic) ความสนใจ ใส่ใจ (Attention) การสนับสนุนและเกื้อกูล (Supportive) การให้ความรู้ (Education) และการเอื้ออำนวยความสุขสบาย (Facilitative) ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นความต้องการของบุคคลโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีความเจ็บป่วย ต้องอาศัยพึ่งพาศักดิ์อื่นในการดูแล นอกจากนี้การดูแลยังเป็นเรื่องเกี่ยวกับศีลธรรมจริยธรรม และ ประเพณีในบริบทของสังคมนั้นๆ ที่ปฏิบัติต่อกันมา โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็น ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล หรือคนในครอบครัว

กล่าวโดยสรุป การดูแลเป็นการกระทำของมนุษย์ที่แสดงออกด้วยการแสดงพฤติกรรม มักจะเกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพอันดีต่อกัน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ให้การดูแลด้วยความห่วงใย ใส่ใจ รู้สึกเห็นอกเห็นใจ ช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันในบุคคลที่มีความเจ็บป่วยที่ต้องอาศัยบุคคลอื่นในการดูแล นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับศีลธรรมจริยธรรม ตามประเพณีในบริบทของสังคมที่ปฏิบัติต่อกันมา ส่วนความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยดังหัวข้อต่อไป

## 2.2 ความหมายของประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

Luttik et al. (2008) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การ รักษาพยาบาล การดูแลสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ การเฝ้าสังเกตอาการผิดปกติและ ภาวะแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วย

อรุทัย โฉมเจ็ด (2552) เป็นประสบการณ์ตรงที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ เป็นการดูแลทางด้านร่างกายและจิตใจ เช่น การติดต่อประสานงานให้ผู้ป่วย การ พาไปพบแพทย์ การประคับประคองให้กำลังใจ ใช้การบอกเล่าประสบการณ์เดิมที่ผู้ดูแลในครอบครัว ให้การดูแลคนอื่นแล้วนำประสบการณ์เดิมนั้นมาเป็นแนวทางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยคนปัจจุบัน

จิรนนท์ ชันแข็ง (2548) เหตุการณ์ หรือเรื่องราว หรือสิ่งที่ประสบมาจากการที่ต้องให้การ ดูแลซึ่งครอบคลุมถึงการให้ความหมายของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลในครอบครัวแสดงออกตาม ความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ตามการรับรู้ของบุคคลในการให้การดูแลผู้ป่วยมีการตีความ และให้ ความหมายของประสบการณ์นั้นๆ

นลิน ดวงปัญญา (2562) การให้ความหมายของเรื่องราวหรือเหตุการณ์ที่ต้องประสบจาก การดูแลผู้ป่วย ซึ่งแสดงออกตามการรับรู้ความคิด และความรู้สึกหรือความเชื่อของผู้ดูแล

กล่าวโดยสรุป เหตุการณ์ หรือเรื่องราว หรือสิ่งที่ประสบมาจากการที่ต้องให้การดูแล ใน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การรักษาพยาบาล การดูแลสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์เพื่อ ตอบสนองความต้องการดูแลของผู้ป่วย ถ่ายทอดประสบการณ์เดิมด้วยการบอกเล่าเรื่องราวแล้วนำ ประสบการณ์นั้นมาใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยคนปัจจุบัน สำหรับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้วิจัย ของนำเสนอในหัวข้อต่อไป

## 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแล

Morse et al. (1990) ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการดูแล โดยรวบรวมแนวคิดของนักวิชาการ 35 คนซึ่งพยายามนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการดูแล จากบทความวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดมาวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิเคราะห์สามารถแบ่งแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลได้ 5 ทศนะ ได้แก่

2.3.1 การดูแลเป็นลักษณะของมนุษย์ ได้กล่าวว่าการดูแลนั้นเป็นไปตามธรรมชาติของมนุษย์ที่จะกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งเผ่าพันธ์ โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพในการดูแลตั้งแต่กำเนิดแต่ศักยภาพของแต่ละบุคคลนั้นจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ ประสบการณ์เดิม ความรู้ทักษะในการดูแลโดยสามารถเพิ่มพูนศักยภาพได้ด้วยการเรียนรู้ การฝึกหัดทักษะที่ใช้ในการดูแล

2.3.2 การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม สำหรับทศนะนี้เกี่ยวข้องกับค่านิยมพื้นฐานในสังคมที่ถือว่าการดูแลเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบ จะแสดงการดูแลออกโดยพฤติกรรม ภาพลักษณ์ หรือ ลักษณะทางอารมณ์ เช่น การแสดงความเห็นอกเห็นใจ ความอ่อนโยนให้กำลังใจ การปลอบประโลมใจเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้มีการตั้งเป้าหมายมาก่อน ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเป็นญาติมิตรจะมีคุณสมบัติตรงกับทศนะในข้อนี้

2.3.3 การดูแลเป็นการแสดงออกถึงความใส่ใจห่วงใย การดูแลมีความเกี่ยวข้องกับ อารมณ์ความรู้สึกของการใส่ใจ สนใจ ห่วงใยในการดูแล ซึ่งอารมณ์ความรู้สึกนั้นเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดกระบวนการดูแลขึ้นซึ่งทศนะในข้อนี้เป็นคุณสมบัติของผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ และผู้ดูแล โดยการรับจ้างดูแล

2.3.4 การดูแลเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ให้การดูแลและผู้รับการดูแล หรือระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย การดูแลนั้นจะแสดงออกทั้งรูปแบบของพฤติกรรมและ ความรู้สึกที่มีต่อการดูแลอันส่งผลต่อภาวะสุขภาพและการฟื้นฟูหายจากโรคของผู้ป่วย นับได้ว่าสัมพันธ์ภาพถือเป็นหัวใจของการดูแล (Caring relationship) การดูแลในทศนะนี้จึงเป็นการดูแลที่เกิดขึ้นในครอบครัว ระหว่างคนใกล้ชิดที่มีสัมพันธ์ภาพต่อกัน

2.3.5 การดูแลเป็นการปฏิบัติในการดูแลรักษาพยาบาล การดูแลในทศนะนี้เป็นการดูแลที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาล ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวของทศนะนี้ต้องมีความรู้และ ทักษะในการนำความรู้เกี่ยวกับการดูแลไปใช้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องได้รับการพัฒนาตนเอง จนเป็นบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพ้นจากความเจ็บป่วย มีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นได้ขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และมีความรู้ความเข้าใจในการประสานงานเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพได้

กล่าวโดยสรุป แนวคิดการดูแลทั้ง 5 ข้อล้วนมีทศนะในการดูแลที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น การดูแลของมนุษย์เกิดขึ้นเพื่อเป็นการปกป้องเผ่าพันธ์เชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีความสามารถในการดูแล การดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรมที่เกิดขึ้นในกลุ่มบุคคล เป็นหน้าที่รับผิดชอบ แสดงออกด้วยพฤติกรรม



การดูแลที่สอดแทรกไปด้วยอารมณ์ความรู้สึกถึงการใส่ใจ ห่วงใยในการดูแลที่เกิดขึ้นจากสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เช่น ผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่อต้องให้การดูแลที่บ้านเป็นบุคคลในครอบครัว มีความใกล้ชิดกัน โดยที่ในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นจำเป็นต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญมากเพียงพอที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ด้วยวิธีการเรียนรู้จากผู้รู้ เช่น พยาบาลวิชาชีพให้ความรู้ผู้ดูแลในครอบครัว มีการฝึกฝนทักษะจนเกิดความชำนาญมากเพียงพอและสามารถนำความรู้ที่ได้รับไปดูแลผู้ป่วยต่อไปได้ กลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการดูแล ดังหัวข้อต่อไป

#### 2.4 กลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการดูแล

ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้รับจ้างดูแลและพยาบาลวิชาชีพ (ศิริอร สินธุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ ผล, 2542) ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มมีลักษณะและเงื่อนไขของการดูแลที่แตกต่างกัน ผู้วิจัยของนำเสนอต่อไปนี้

2.4.1 การดูแลโดยผู้ดูแลในครอบครัว การดูแลเป็นคุณลักษณะที่กำเนิดขึ้นพร้อมกับมนุษยชาติ จึงทำให้การดูแลเกิดขึ้นและผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตของมนุษย์ในสังคม ทุกชาติ ทุกภาษา พบว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยและผู้ที่ยังดูแลตัวเองไม่ได้ เช่น คนชรา หรือผู้ที่เป็นมะเร็งในระยะลุกลาม ก็เป็นหน้าที่ตามบทบาทของลูกหรือคนในครอบครัว พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเป็นกลุ่มที่พัฒนาการดูแลในทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นมาจากความห่วงใยและสนใจ การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวจึงมีความผูกพัน ความพยายามที่จะให้ความใกล้ชิดห่วงใย ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้ยังต้องการการดูแลและคำแนะนำเพื่อให้เกิดความรู้และทักษะในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลจากพยาบาลวิชาชีพหรือบุคลากรทางการแพทย์เพื่อสามารถให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

2.4.2 การดูแลโดยผู้รับจ้างดูแล อาชีพรับจ้างดูแลเป็นอาชีพที่เกิดขึ้นเนื่องจากสภาพการเปลี่ยนแปลงในสังคม ทำให้สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถรับภาระเป็นผู้ดูแลได้ตลอดเวลา เช่น ผู้ดูแลคนชรา พิการเด็ก เป็นต้น หากเปรียบเทียบแล้วผู้รับจ้างดูแลเป็นกลุ่มที่พร่องกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆ ทั้งในด้านการศึกษา ความรู้ ความสนใจ ห่วงใจ สัมพันธภาพกับผู้รับการดูแล และความชำนาญในการดูแล ซึ่งผู้รับจ้างดูแลจักได้รับการกำกับจากผู้ดูแลในครอบครัวและต่อเนื่องผู้ดูแลในครอบครัวจักได้รับคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพอีกทอดหนึ่ง

2.4.3 การดูแลโดยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลมีการเตรียมทางการศึกษา หลักสูตรอย่างเป็นระบบทั้งทางด้านวิทยาศาสตร์มนุษยศาสตร์และเทคโนโลยีทางการแพทย์เพื่อให้ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาลช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อนได้ เพื่อให้การดูแลได้รับผลดียิ่งขึ้น พยาบาลวิชาชีพจะได้รับการเตรียมความพร้อมให้เกิดความสนใจ ความห่วงใยตลอดจนทักษะในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับการดูแลแม้จะไม่มีสัมพันธภาพทางสายเลือดหรือญาติ ซึ่งพยาบาลสามารถให้การดูแลในลักษณะของการปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาลและพัฒนาความสามารถในการดูแลจนเป็นที่พึงด้านสุขภาพในสังคมได้

กล่าวโดยสรุป กลุ่มบุคคลที่มีบทบาทในการให้การดูแลประกอบด้วยกลุ่มผู้รับจ้างดูแลเป็นกลุ่มที่เป็นไปด้วยข้อตกลงการว่าจ้าง เงื่อนไขและเวลาในการให้การดูแล มักจะถูกกำกับด้วยผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวเป็นลักษณะการดูแลที่มีความใกล้ชิด มีสัมพันธภาพอันดีต่อผู้ป่วยจึงมีความห่วงใยและใส่ใจผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องได้รับคำแนะนำ ความรู้และทักษะที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจากพยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์การดูแล มีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้รับการดูแลแม้จะไม่ใช่ญาติหรือมีสายเลือดเดียวกัน ให้การดูแลที่เท่าเทียมไม่แบ่งแยก โดยที่พยาบาลวิชาชีพจะมีการพัฒนาศาสตร์ด้านการดูแลจนสามารถเป็นที่พึ่งให้กับสังคมได้

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว เป็นการจัดกิจกรรมการดูแลตามความเหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว สำหรับพยาบาล ในการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านนั้น เป็นการนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการประเมินปัญหาสุขภาพภายใต้ความเป็นอยู่ในสภาพแวดล้อมที่บ้าน ช่วยให้พยาบาลสามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านและการพยาบาลที่เหมาะสมในแต่ละระยะต่างๆของโรคได้อย่างครอบคลุม มีความสอดคล้องกับปัญหาที่เกิดขึ้นจริง (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ความสำคัญของการดูแลที่บ้าน มีดังต่อไปนี้

#### 2.5 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

การดูแลที่บ้านเป็นกิจการการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีความสำคัญ (พัชระกรพจน์ ศรีประสาร และสินินุช ขำดี, 2561; สายพิณ หัตถ์รัตน, 2551) ดังต่อไปนี้

2.5.1 เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยในการดูแล ให้สามารถดูแลต่อที่บ้านได้ โดยจะได้รับความรู้ การฝึกปฏิบัติ คำแนะนำ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย จากบุคลากรทีมสุขภาพจนเกิดความมั่นใจ สามารถพึ่งตนเองในการดูแลที่บ้านได้

2.5.2 ลดจำนวนเตียงของผู้ป่วยและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นการลดภาระของโรงพยาบาล

2.5.3 ลดอัตราการเกิดโรคและอัตราการตายของประชากรในชุมชนได้ จากการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง และการสอนให้รู้จักช่วยเหลือกันของคนในครอบครัว

2.5.4 ส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น โดยเฉพาะการได้ใกล้ชิดครอบครัว ในยามเจ็บป่วย

2.5.5 เพื่อปรับปรุงสภาวะสิ่งแวดล้อมที่บ้านเหมาะสมต่อโรคและการฟื้นฟู

กล่าวโดยสรุป ก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้านนั้น ทีมสุขภาพ อาทิเช่น พยาบาล จะเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลต่อที่บ้านได้เพราะบริบทการดูแลที่บ้าน ผู้ที่มีความใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดคือผู้ดูแลในครอบครัว หากได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีประสิทธิภาพก็จะสามารถช่วยลดการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ลดจำนวนเตียง ลดค่าใช้จ่ายที่

อาจจะเกิดขึ้นของคนในครอบครัว นอกจากนี้การดูแลที่บ้านก็ยังช่วยให้ผู้ป่วยและคนในครอบครัวได้มีเวลาอยู่ใกล้ชิดกันสัมพันธ์ภาพอันดีจึงเกิดขึ้นย่อมส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดีเกิดขึ้นตามมาด้วย อันจะนำมาซึ่งประโยชน์ดังต่อไปนี้

## 2.6 ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

การดูแลสุขภาพที่บ้านก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้รับบริการและสถานบริการหรือโรงพยาบาล (สายพิณ หัตถ์ธีรัตน์, 2551) ดังนี้

2.6.1 ผู้รับบริการและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยมากขึ้น สามารถดูแลบุคคลในครอบครัวได้ เป็นแนวทางนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสูงสุดของการมีสุขภาพดี

2.6.2 ภาวะจิตใจของผู้ป่วยดีขึ้น เนื่องจากได้อยู่ใกล้ชิดกับครอบครัวขณะเจ็บป่วย ได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยกับคนในครอบครัวได้ร่วมทำกิจกรรมในการดูแลกันและคนในครอบครัวสามารถทำหน้าที่ของตนเองในการดูแลได้เต็มที่ ทำให้ความเครียดของผู้ป่วยลดลง มีขวัญกำลังใจ เกิดความรักและความอบอุ่นขึ้นในครอบครัว

2.6.3 เป็นการลดผู้ป่วยที่ไม่จำเป็นต้องได้รับบริการในโรงพยาบาลลง ทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาได้มากขึ้น

2.6.4 สามารถช่วยลดรายจ่ายของครอบครัวในการเดินทางและพักค้างของผู้ป่วย และครอบครัว ในกรณีที่เจ็บป่วยเล็กน้อยและสามารถดูแลตนเองที่บ้านได้

2.6.5 ช่วยลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลในการจัดบริการสุขภาพที่ไม่จำเป็นที่ต้องมารับการรักษาที่โรงพยาบาล ทำให้สามารถนำค่าใช้จ่ายในส่วนนี้มาใช้กับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงกว่า

2.6.6 เป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างผู้รับบริการ คนในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลเนื่องจากผู้รับบริการและครอบครัวได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพเป็นรายบุคคล ช่วยทำให้ผู้รับบริการได้มีโอกาสพูดคุย ซักถามปัญหา และร่วมกันในการแก้ไขปัญหาของตนเองกับทีมสุขภาพ

2.6.7 ช่วยให้เกิดความเสมอภาพของผู้รับบริการที่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ ทุกกลุ่มมากยิ่งขึ้น ประชากรกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่ขาดแคลนก็สามารถที่จะเข้าถึงบริการสุขภาพที่บ้านได้

2.6.8 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยที่ดีจะช่วยให้ครอบครัวสามารถดูแลกันได้ดีขึ้น ลดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลและนอกจากนี้หากพบปัญหาเล็กน้อยก็สามารถจัดการกับปัญหาได้ดี ไม่ต้องนำส่งโรงพยาบาลจนต้องเสียรายจ่ายไปกับการมารับการรักษาพยาบาล

กล่าวโดยสรุป การดูแลสุขภาพที่บ้านนั้น เริ่มต้นจากการดูแลให้การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวหรือครอบครัวนั้นมีความพร้อมในด้านความรู้ ทักษะต่างๆที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน ซึ่งในการดูแลกันของคนในครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวเกิดความอบอุ่น มีสุขภาพจิตที่ดี เกิดสัมพันธ์ภาพอันดีระหว่างบุคคลในครอบครัว และหากเกิดการเจ็บป่วยเล็กน้อยขึ้น

คนในครอบครัวสามารถที่จะจัดการปัญหาได้ดีแล้วก็ไม่จำเป็นที่จะต้องนำผู้ป่วยมาส่งที่โรงพยาบาล เพื่อทำการรักษา และยังสามารถค่าใช้จ่ายของครอบครัวลงไปด้วย การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัวเป็นบุคคลที่สำคัญเนื่องจากเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและให้การดูแลผู้ป่วยต่อเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนการดูแลหรือแรงสนับสนุนทางสังคม ดังหัวข้อต่อไปนี้

## 2.7 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน

การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนเป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) ซึ่งเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ช่วยสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ตามแนวคิดของ House (1981) แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 4 ด้าน คือ

2.7.1 การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotion support) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ ยกย่อง มิตรภาพ การรับฟัง เห็นคุณค่า ความรัก ความห่วงใย ให้กำลังใจ และความรู้สึกเห็นอกเห็นใจผู้อื่น

2.7.2 การสนับสนุนด้านการประเมินผล (Appraisal support) เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือข้อมูลที่จะนำไปใช้ในการประเมินผล การให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feedback) การเห็นพ้องหรือการให้รับรอง (Affirmation) ผลการปฏิบัติ หรือการบอกให้ทราบถึงผลดีของการปฏิบัติที่ผู้รับได้ทำการปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นๆ

2.7.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร (Information support) เป็นการให้คำแนะนำ (Suggestion) ข้อเสนอแนะ การให้คำปรึกษา (Advice) ชี้แนวทางในการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ตนนั้นกำลังเผชิญอยู่

2.7.4 การสนับสนุนด้านทรัพยากร (Instrumental support) เป็นการช่วยเหลือ เช่น เงิน แรงงาน การให้เวลา สิ่งของ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม

กล่าวโดยสรุป แรงสนับสนุนทางสังคมมี 4 ด้านด้วยกัน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์เป็นการดูแลให้กำลังใจและปลอบโยนผู้ป่วย การสนับสนุนด้านการประเมินผล การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารเป็นดูแลให้ข้อมูลความรู้ที่จะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้และการสนับสนุนด้านทรัพยากรเป็นความช่วยเหลือในเรื่องของเงินและแรงในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยซึ่ง และผู้ดูแลในครอบครัว ดังหัวข้อต่อไปนี้

### 3. ผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

#### 3.1 ความหมายของผู้ดูแล

คำว่า “ญาติผู้ดูแลที่บ้าน” หรือ “ผู้ดูแลในครอบครัว” เป็นคำศัพท์ทางภาษาอังกฤษที่ใช้เขียนในรายงานวิจัย หรือบทความวิชาการต่างๆ คือคำว่า “Family caregiver” ซึ่งนิยมใช้ในสหรัฐอเมริกา ส่วนคำว่า “Carers” นิยมใช้ใน สหราชอาณาจักร ออสเตรเลีย และนิวซีแลนด์ สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า “ผู้ดูแลในครอบครัว” ซึ่งมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ดังนี้

Sherman et al. (2014) ให้ความหมายว่า บุคคลที่ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องสม่ำเสมอ ใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงที่สุด เป็นผู้ที่ไม่เคยผ่านการอบรมมาก่อน ไม่ได้รับค่าตอบแทนใดจากการดูแล เป็นบุคคลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก เอื้ออาทร อาจเป็น คู่สมรส ญาติพี่น้อง

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ให้ความหมายว่า บุคคลที่ให้ความดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน บุคคลในที่นี้หมายถึง บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อนหรือบุคคลสำคัญในชีวิตของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผู้ที่ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามจากโรค โดยให้การสนับสนุนทางด้านร่างกาย และจิตใจเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตัวเองของผู้ป่วย เป็นการดูแลที่ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ มุ่งเน้นการดูแลช่วยเหลือโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆเป็นรางวัล ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน หรือในชุมชนแหล่งที่อยู่อาศัย ที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

วารุณี มีเจริญ (2557) ให้ความหมายว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ทั้งหมด หรือมีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการทำกิจกรรมประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลของตน โดยการดูแลนั้นเป็นการดูแลที่เกิดจากความสมัครใจ และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆจากการดูแล ผู้ที่รับหน้าที่ในการดูแลจะเป็นผู้ดูแลในครอบครัว เช่น คู่สมรส มารดา บิดา บุตร หรือญาติคนใดคนหนึ่งที่สำคัญต่อผู้ป่วย

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแลในครอบครัวคือ บุคคลที่ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องสม่ำเสมอ และใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยสูงที่สุด เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลเนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตัวเองได้ทั้งหมดจากภาวะคุกคามจากความเจ็บป่วย ด้วยความรัก เอื้ออาทร เป็นไปด้วยความสมัครใจ และไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ จากการดูแล ซึ่งเป็นคนในครอบครัวอาจจะเป็น คู่สมรส บิดา มารดา บุตร หรือญาติพี่น้อง และสำหรับประเภทของผู้ดูแลในครอบครัว มีดังต่อไปนี้

#### 3.2 ประเภทของผู้ดูแลในครอบครัว

ผู้ดูแลในครอบครัว Family Caregiver หรือ Informal caregiver ซึ่งจำแนกตามความสัมพันธ์ (George, 1996; ศิริพันธ์ุ์ สาสัจย์, 2554) ดังต่อไปนี้

3.2.1 ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ (Formal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้ป่วยเป็นกลุ่มวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล ทีมสุขภาพ ผู้ช่วยเหลือการดูแล

จากศูนย์ที่ให้บริการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Care assistant) ที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน อาจจะได้รับค่าตอบแทนหรือไม่ได้รับค่าตอบแทนซึ่งขึ้นอยู่กับข้อตกลง

3.2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Caregiver) หมายถึง ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ส่วนตัวกับผู้รับการดูแล เช่น สมาชิกในครอบครัว คู่สมรส บุตร ญาติ เป็นต้น โดยให้การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ป่วย เป็นผู้ที่ไม่ได้ผ่านการอบรมมาก่อนและไม่ได้ค่าตอบแทนหรือรางวัลใดๆจากการดูแล เป็นการดูแลที่ทำด้วยความสมัครใจ ความรัก เอื้ออาทร เป็นการตอบแทนบุญคุณ สำหรับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการยังสามารถแบ่งออกได้ 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบ และเวลาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (Horwitz & Reinhard, 1995; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) กล่าวคือ

3.2.2.1 ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver/Main carers) คือบุคคลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่องมากกว่าบุคคลอื่น ทำหน้าที่ในการดูแลช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลการรับประทานอาหารและการรับประทานยาตั้งแต่ตื่นจนผู้ป่วยเข้านอน

3.2.2.2 ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) คือบุคคลที่อยู่ในเครือข่ายของผู้ดูแลเท่านั้น อาจช่วยเหลือกิจกรรมการดูแลบางอย่าง เป็นการดูแลเพียงครั้งคราว ไม่สม่ำเสมอ และใช้เวลาในการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลหลัก เช่น การเป็นธุระพาผู้ป่วยไปหาหมอ การช่วยจับตัวผู้ป่วยในขณะอาบน้ำ เป็นต้น เป็นการช่วยดูแลเมื่อผู้ดูแลหลักไม่ว่างหรือเจ็บป่วย

กล่าวโดยสรุป จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ดูแลในครอบครัวหากแบ่งตามความสัมพันธ์จะแบ่งได้เป็น 2 ประเภทคือ ผู้ดูแลแบบเป็นทางการและแบบไม่เป็นทางการ นอกจากนี้ยังแบ่งผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการออกเป็น 2 ประเภท คือ ผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลรอง สำหรับการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาผู้ดูแลในครอบครัว (Family Caregiver) ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) คือเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยตรง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอและใช้เวลาสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือรางวัลจากการดูแล เป็นไปด้วยความสมัครใจ ให้การดูแลด้วยความรัก เอื้ออาทรต่อผู้ป่วย และมีความสัมพันธ์เป็นบุคคลในครอบครัวสำหรับบทบาทนั้น มีดังต่อไปนี้

### 3.3 บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ดูแลในครอบครัวมักถูกคาดหวังให้ทำหน้าที่หลากหลายทั้งการให้การดูแลผู้ป่วย การช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการที่คุกคามความสบาย การให้กำลังใจ และการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษา ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาท (Blum, 2010; National Cancer Institute, 2013; วารุณี มีเจริญ, 2557) ดังนี้

### 3.3.1 บทบาทหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัว

3.3.1.1 บทบาทการเป็นผู้ตัดสินใจ (Decision maker) ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเผชิญกับสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ต้องตัดสินใจแทนหรือร่วมกับผู้ป่วย เกี่ยวกับการบริหารจัดการอาการเจ็บป่วย การรักษา การปรับเปลี่ยนบทบาทของคนในครอบครัวและการเงิน ในบทบาทของการบริหารจัดการต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยจะค้นหาข้อมูลจากสื่อต่างๆ รวมทั้งทางอินเทอร์เน็ตเพื่อหาข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลรักษาแม่เร็งเพื่อใช้ประกอบการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วย

3.3.1.2 บทบาทของการทำหน้าที่แทนผู้ป่วย (Advocate) ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในหลายประเด็นได้แก่ การค้นหาข้อมูล การดำเนินการเกี่ยวกับการเรียกเงินประกันสุขภาพ การชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย รวมถึงการติดต่อประสานและรายงานอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ที่มึสุขภาพทราบเพื่อการแก้ไขและบรรเทาอาการนั้นๆ กระตุ้นให้ผู้ป่วยรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น

3.3.1.3 บทบาทการเป็นผู้สื่อสาร (Communicator) ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวมักจะมีหวังเพื่อที่จะพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สามารถเข้าใจเกี่ยวกับอาการต่างๆ และสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาได้ นอกจากนี้ยังต้องการให้ผู้ป่วยสามารถสื่อสารเกี่ยวกับปัญหาหรือความต้องการที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลอื่น แต่ปัญหาในการสื่อสารของผู้ป่วยนั้นแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละกลุ่มเช่น ผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษาน้อย หรือผู้ป่วยที่มีวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน

3.3.1.4 บทบาทผู้ให้การดูแล (Hands-on care provider) ผู้ให้การดูแลจำเป็นต้องตอบสนองปัญหาหรือความต้องการของผู้ป่วย โดยเฉพาะปัญหาในการจัดกั้อาการที่ทุกข์ทรมานคือความเจ็บปวด และการจัดการกั้อาการต่างๆ ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ให้ยาแก้ปวดเป็นการดูแลที่ดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ มีการวางแผนการดูแล เช่น เวลาที่ควรให้ยา และขนาดยาที่ควรให้ผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ดูแลในครอบครัวควรเป็นผู้ที่สามารถระบุปัญหาหรืออาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาได้จากการสังเกตอย่างใกล้ชิด เพราะถ้าหากว่าพบอาการผิดปกติจะได้ให้การช่วยเหลือได้ทัน หรือพามารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ในสถานบริการใกล้บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวยังต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยเนื่องจากอารมณ์ของผู้ป่วยมักจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา จึงทำให้ทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยอาจต้องอยู่ในสถานการณ์ยุ่งยาก ซับซ้อน ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีสติจึงจะช่วยให้สามารถเผชิญกับสถานการณ์นั้นๆ ได้ดีขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องเป็นผู้ฟังที่ดี ยอมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือระบายความไม่สุขสบายต่างๆ ที่เกิดขึ้น พยายามทำในสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายมากที่สุด สนับสนุนการตัดสินใจที่ดีของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล หาแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

3.3.1.5 บทบาทของผู้ให้การสนับสนุนทางสังคม (Social support) แหล่งสนับสนุนทางสังคม และความมั่นคงทางการเงินและหน้าที่การงาน เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัว จำเป็นต้องให้การสนับสนุนในทุกๆ ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต เช่นในช่วงที่ผู้ป่วยเพิ่งได้รับการวินิจฉัยโรคต้องการกำลังใจ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงต้องให้การสนับสนุนด้านอารมณ์แก่ผู้ป่วยเพื่อช่วยให้สามารถเผชิญกับข่าวร้ายได้ หรือขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาออกจากผู้ดูแลในครอบครัวอาจจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านอารมณ์แล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวต้องค้นคว้าหาข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง (Informational support) เพื่อใช้ในการตัดสินใจเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาที่ดีที่สุด นอกจากนี้อาจจำเป็นต้องสนับสนุนด้านการเงิน เช่น ค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่าเดินทางไปพบแพทย์ ค่าใช้จ่ายส่วนตัว เป็นต้น

กล่าวโดยสรุป ในขณะที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องทำหน้าที่ตามบทบาทดังกล่าวข้างต้น ตัวผู้ดูแลในครอบครัวเองมีปัญหาหรือความต้องการต่างๆ ตามมาหลายประการ จึงควรมีการประเมินความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวร่วมด้วย ดังนั้นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องประเมินความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างต่อเนื่องถึงการปรับตัวต่อบทบาทของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว การปรับตัวต่อการรับบทบาทนี้ดังต่อไปนี้

#### 3.4 การปรับตัวต่อการรับบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้ดูแล

ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องมีการปรับตัวและเผชิญสิ่งที่เกิดขึ้นตั้งแต่เมื่อทราบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในระยะลุกลาม ซึ่งมุลแลน (Mullan, 1985) ได้แบ่งช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยเป็น 3 ระยะคือ Acute, Extended, และ Permanent survival ผู้ดูแลในครอบครัว เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามปัญหาและความต้องการอย่างครบถ้วนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในช่วงชีวิตที่เหลืออยู่ ซึ่งสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (National Cancer Institute, 2013) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัว 5 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (At diagnosis) ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (During hospitalization and treatment) ระยะเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน (Planning the transition home) ระยะภายหลังสิ้นสุดการรักษา (Surviving beyond treatment) และระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life) การปรับตัวต่อบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวแบ่งตามช่วงเวลาที่มีชีวิตอยู่ดังนี้

3.4.1 Acute survival ระยะนี้เริ่มตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง จนถึงสิ้นสุดการรักษาเบื้องต้น ซึ่งอาจอยู่ในช่วงระยะเวลา 1-2 ปี ซึ่งแบ่งเป็นช่วงเวลาย่อยๆ ดังนี้

3.4.1.1 ระยะที่ได้รับการวินิจฉัยโรค (At diagnosis) ในระยะนี้ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีการปรับตัวด้านอารมณ์ของตนเองที่ได้รับรู้ว่าบุคคลอันเป็นที่รักเป็นโรคมะเร็งอยู่ในระยะลุกลาม ยังต้องทำหน้าที่เหมือนพี่เลี้ยงที่คอยช่วยเหลือ และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยอีกด้วย ดังนั้นในระยะนี้ผู้ดูแลในครอบครัวจะถูกคาดหวังว่าจะต้องทำในสิ่งต่อไปนี้คือ



- 1) ค้นคว้า หาข้อมูล หรือความรู้ใหม่ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคมะเร็ง
- 2) เรียนรู้เกี่ยวกับโรคและคำศัพท์ที่เกี่ยวข้อง (Illness-related terminology)
- 3) การมีส่วนร่วมในกระบวนการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลที่ผู้ป่วยเข้าไปรับการรักษา
- 4) บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้ไปตรวจตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง

3.4.1.2 ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (During hospitalization and treatment) เป็นระยะที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลในครอบครัวจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่งในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลในครอบครัวแต่ละคน จะแสดงบทบาทหรือมีส่วนร่วมได้มากน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วย ความคิดเห็นที่ไม่ตรงกัน (Disagreements or conflicts) ของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วยอาจจะส่งผลกระทบต่อแผนการรักษาผู้ป่วย รวมทั้งเป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดความเครียดในครอบครัว และส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวลดลงได้

3.4.1.3 ระยะเวลาเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน (Planning the transition home) ระยะนี้เป็นระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลไปอยู่บ้าน เป็นอีกช่วงเวลาหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดค่อนข้างสูง ผู้ดูแลในครอบครัวขาดความมั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยได้หรือไม่ ในขณะที่ยังต้องดูแลตนเองและครอบครัวอีกด้วย พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะต้องพยายามให้ข้อมูล ฝึกทักษะที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ตลอดจนแนะนำแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนเมื่อญาติต้องการ จึงจะช่วยลดความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวลงได้

3.4.2 Extended survival ระยะนี้จะเริ่มภายหลังจากที่ผู้ป่วยสิ้นสุดการรักษาเบื้องต้นแล้ว มารับการตรวจตามแพทย์นัด หรืออาจได้รับการรักษาเพิ่มเติม รวมทั้งเป็นระยะที่อาจมีการกลับเป็นซ้ำของโรค จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นระยะภายหลังสิ้นสุดการรักษา (Surviving beyond treatment) ในระยะนี้ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะกังวลเกี่ยวกับการกลับเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ผู้ป่วยในระยะนี้อาจต้องเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการมีข้อจำกัดทางร่างกายที่เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการบำบัดรักษาต่างๆ ความแข็งแรงของร่างกายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง อาจมีการสูญเสียสภาพลักษณะจากการถูกตัดอวัยวะ มีผมร่วง จึงเป็นช่วงเวลาที่ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดสูงและต้องเผชิญกับปัญหามากมายในการดูแลผู้ป่วย ปัญหาที่พบบ่อยได้แก่ การรับรู้ว่ามีภาระมากในการดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ดูแลในครอบครัวไม่ดี และขาดแรงสนับสนุนทางสังคม

3.4.3 Permanent survival ระยะนี้จะเริ่มขึ้นภายหลังจากที่ระยะที่สองสิ้นสุดลง เป็นระยะที่โรคสงบ มีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยลง ถ้าผู้ป่วยสามารถมีอายุยืนยาวได้ถึง 5 ปีขึ้นไป จะเรียกว่าเป็นผู้รอดชีวิตจากมะเร็งในระยะยาว (Long-term cancer survivors) ปัญหาที่ผู้ดูแลในครอบครัวพบจะคล้ายในระยะที่สอง และเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต (End of life) ผู้ป่วยมะเร็ง จะได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative care)

กล่าวโดยสรุป เมื่อเข้าสู่ระยะลุกลามของโรคผู้ดูแลในครอบครัวเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ท้าทายมากขึ้น จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าเดิมเพราะผู้ป่วยจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง มีอาการทุกข์ทรมานมากขึ้น และยังถ้ายืดระยะเวลาในการรักษาออกไปอีก ผู้ดูแลในครอบครัวจะต้องเผชิญกับความเครียดในการจัดการกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น คุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวลดลง ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวในระยะนี้จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากทีมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม สำหรับภาระของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยขอกล่าวในหัวข้อต่อไป

### 3.5 ภาระของผู้ดูแลในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามซึ่งถือว่าการดูแลที่ต่อเนื่อง ยาวนานเนื่องจากเป็นโรคเรื้อรัง สำหรับการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านนับเป็นภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่หนัก หากพิจารณาว่าคนในครอบครัว ใครเป็นผู้ที่เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจะพิจารณาจากปัจจัย ประกอบกัน คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพ งานประจำ ระดับการศึกษา และภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ซึ่งจะส่งผลต่อภาระของผู้ดูแลในครอบครัวให้เกิดขึ้นได้ โดยมีรายละเอียดดังนี้

เพศ ผู้หญิงเป็นเพศที่มีบทบาทในการดูแลและปรับตัวได้ง่ายกว่าในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลในครอบครัว โดยส่วนใหญ่ผู้ชายจะเป็นผู้ที่มีบทบาทในการหารายได้สำหรับครอบครัว การปรับตัวในการรับบทบาทเป็นผู้ดูแลจึงยากกว่าผู้หญิง

ระดับการศึกษา ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่าจะสามารถใช้เหตุผลและค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเพื่อหาแนวทางและวิธีแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ดีกว่า

สถานภาพสมรส ผู้ที่โสดจะมีภาระน้อยกว่าผู้ที่แต่งงาน นอกจากนี้คู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันจะเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่มีความเครียดน้อยกว่าคู่สมรสที่มีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีต่อกัน

อาชีพหรืองานประจำ ผู้ที่ทำงานด้านธุรกิจที่ต้องเดินทางเป็นประจำ อาจจะไม่เหมาะสมที่จะเป็นผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ที่ทำงานใกล้กับผู้ป่วยเหมาะสมกว่าที่จะเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

ภาวะสุขภาพ ผู้ที่สุขภาพไม่ดี มีความวิตกกังวลและมองโลกในแง่ร้าย มักมีปัญหาในการเผชิญความเครียดมากกว่าผู้ที่สุขภาพดี เมื่อการดูแลผู้ป่วยในครอบครัวเกิดเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัว

ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่อง ยาวนาน จึงอาจส่งผลให้เกิดภาระในการดูแลขึ้นได้ (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) โดยมีผลมาจาก 3 สาเหตุ คือ

1) ข้อจำกัดหรือความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยที่ทำให้การดูแล(Physical or function impairment) ซึ่งอาจเกิดจากโรค ความพิการ หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่น ผู้ดูแลในครอบครัวต้องดูแลที่บ้าน เช่น การดูแลแผล การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น ซึ่งล้วนแต่เป็นภาระการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องรับผิดชอบเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

2) ปัญหาความพร้อมทางความคิดสติปัญญาของผู้ป่วย (Cognitive impairment) ความต้องการการดูแลจากปัญหานี้ โดยมากมักเกิดขึ้นกับผู้ดูแลในครอบครัวที่ไม่สามารถคาดการณ์เหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้นอาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกไม่แน่นอน เพราะไม่สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3) การเปลี่ยนแปลงทางสภาพอารมณ์ ความรู้สึกหรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้จะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลาซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยและผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

จากปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยข้างต้นมีผลนำไปสู่กิจกรรมการดูแลหรือภาระการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องกระทำให้กับผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้าน (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) ประกอบด้วย

1) การให้การดูแลเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้นของผู้ป่วย

2) ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and psychological support) ซึ่งผู้ดูแลในครอบครัวจำเป็นต้องประเมินอารมณ์และความรู้สึกของผู้ป่วยตลอดเวลาที่ให้การดูแลที่บ้าน

3) ผู้ดูแลในครอบครัวทำหน้าที่เป็นบุคคลในการติดต่อสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงาน และเป็นตัวกลางในการลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาของแพทย์

4) ผู้ดูแลในครอบครัวต้องให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยในเรื่องการเงินเพื่อใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านได้แล้วอาจส่งผลกระทบได้ ดังต่อไปนี้

### 3.6 ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านต่อผู้ดูแลในครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านนั้น ต้องเป็นความร่วมมือกันทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว แต่อาจเกิดความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่มีสาเหตุจากทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว โดยปัญหาที่ส่งผลให้เกิดผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านมี (สุรีพร ธนศิลป์, 2563) รายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 ด้านผู้ป่วย โดยขณะได้รับการรักษาพยาบาลที่บ้าน ผู้ป่วยจะรับรู้ความทุกข์ทรมานจากอาการของโรคที่รุนแรงขึ้น ตัวอย่างเช่น รู้สึกทรมานจากอาการปวดที่รุนแรงมากขึ้น จนยาที่มีอยู่ไม่สามารถควบคุมอาการปวดได้ ทำให้ผู้ป่วยทนกับอาการปวดที่รุนแรงไม่ได้ ซึ่งมักทำให้ครอบครัวตัดสินใจพาผู้ป่วยกลับมารักษาที่โรงพยาบาลอีกครั้ง (Readmission) ส่วนมากพบว่า จะพาผู้ป่วยมาที่แผนกฉุกเฉิน จากการศึกษาของ Solomon et al. (2019) ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม หลังจำหน่ายกลับบ้านแล้ว 30 วัน เข้ามาใช้บริการรักษาซ้ำ โดยที่ไม่ได้นัดหมาย สูงถึง 25 % ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่เกิดขึ้นจากการดูแลที่บ้านและยังไม่สามารถแก้ไขได้ การมารับบริการที่แผนกฉุกเฉินอาจทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อชีวิต (Aoun et al., 2015) ซึ่งพบว่าจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาที่บ่อยครั้งนั้น ส่งผลทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง (เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์, 2559) นอกจากนี้อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยอยากตายเพื่อหนีความเจ็บปวดนั้น หรือผู้ป่วยบางคนอาจปรับตัวไม่ได้กับการเป็นภาระของครอบครัวจึงต้องการตายเพื่อหนีจากภาวะที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Tipseankhum et al., 2016)

3.6.2 ด้านผู้ดูแลในครอบครัว เป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การดูแลนั้นย่อมเกิดปัญหาที่เกิดจากการดูแล และหลีกเลี่ยงไม่ได้ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว (Hassankhani et al., 2019; Hassankhani et al., 2020; สุรีพร ธนศิลป์, 2563) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.6.2.1 ผู้ดูแลในครอบครัวมักมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับความตาย ส่งผลให้ทำใจรับกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยไม่ได้ เป็นความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว

3.6.2.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและบุคลากรในทีมสุขภาพไม่ดีส่งผลให้การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ ทำให้ความต้องการของผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองอย่างเป็นองค์รวมเมื่ออยู่ที่บ้าน

3.6.2.3 ผู้ดูแลในครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยไม่เพียงพอเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น มีต้องการทั้งความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานตามที่กำหนด และต้องมีความสามารถในการแก้ปัญหาที่ซับซ้อน และการบรรเทาอาการโดยการบริหารยาให้เหมาะสม เนื่องจากอาการของผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิด

ความตระหนกต่อการเปลี่ยนแปลงทำให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Kusi et al., 2020)

3.6.2.4 ผู้ดูแลในครอบครัวที่รับบทบาทมากเกินไป เช่น ผู้ที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในขณะที่ต้องรับผิดชอบในการดูแลงานบ้านและครอบครัว หรือผู้ดูแลที่รับหลายบทบาท เช่น ต้องทำงานหาเงินและต้องรับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกับต้องรับผิดชอบงานบ้าน หรือมีภาระในการดูแลผู้อื่น เช่น ลูก หลาน หรือ พ่อแม่ เป็นต้น จึงส่งผลกระทบต่อทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเครียดมากขึ้นและรับรู้ถึงการมีคุณภาพชีวิตของตนเองลดลง

3.6.2.5 ผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ เช่น มีโรคประจำตัว เมื่อต้องมารับบทบาทเป็นผู้ดูแล ซึ่งต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านทั้งวัน จึงไม่มีเวลาในการดูแลตนเอง ทำให้มีอาการกำเริบ หรือเกิดอาการอ่อนล้า อาจส่งผลทำให้การดำรงบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวไม่มีประสิทธิภาพ

3.6.2.6 ผู้ดูแลในครอบครัวจะเกิดความทุกข์และรับรู้คุณภาพชีวิตที่ลดลงเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานกับอาการของโรค และเมื่อผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง หรือโกรธที่ไม่ได้รับการดูแลที่ดีจากระบบสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกลิ้นหวังจากการรักษา (Hassankhani et al., 2020)

3.6.2.7 ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านย่อมมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาเช่น การต้องพาผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อติดตามอาการ และการรักษา ผู้ป่วยบางรายมีอาการรบกวนทางกาย เช่น ปากแห้ง คลื่นไส้ อาเจียน ส่งผลให้ไม่สามารถรับประทานอาหารไปปกติ จึงมีความจำเป็นในการเปลี่ยนชนิดของอาหารมาเป็นอาหารเหลว หรืออาหารเสริมทางการแพทย์ ผู้ป่วยมะเร็งที่มีแผลผู้ดูแลในครอบครัวก็ต้องซื้ออุปกรณ์ในการทำความสะอาดแผลมาทำความสะอาดแผลให้ผู้ป่วยทุกวัน ในกระบวนการดูแลที่บ้านเหล่านี้นับได้ว่าเป็นการดูแลที่มูลค่าทางการเงินที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องจ่ายเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hassankhani et al., 2020)

กล่าวโดยสรุป ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านนั้นส่งผลกระทบต่อตัวผู้ดูแลในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความทุกข์ใจในเรื่องของการยอมรับความตายที่บ้านและการยอมรับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยที่ตนเองนั้นดูแลไม่ได้ ซึ่งเกิดขึ้นได้บ่อยเป็นผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว บางครั้งในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวอาจมีปฏิสัมพันธ์กับทีมสุขภาพที่ไม่ดีส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม ผู้ดูแลในครอบครัวที่มีศักยภาพในการดูแลที่บ้านไม่เพียงพอทำให้ไม่สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ผู้ป่วยได้ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความตระหนกไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อได้ ผู้ดูแลในครอบครัวที่รับบทบาทหน้าที่การดูแลที่บ้านจนมากเกินไปจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ การมีโรคประจำตัวและมีการรับรู้ถึงคุณภาพ

ชีวิตของตัวเองต่ำและนอกจากนี้โรคมะเร็งระยะลุกลามยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวอีก ดังหัวข้อต่อไป

### 3.7 ผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ดูแลในครอบครัว

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนอกจากจะส่งผลต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวอีกด้วย นับได้ว่ามีความเชื่อมโยงกัน (ชูชื่น ชิวพูนผล, 2541; สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ, 2557) ซึ่งผลกระทบที่เกิดขึ้นนั้น ประกอบด้วยดังนี้

3.7.1. ผลกระทบทางด้านร่างกาย เนื่องจากการดูแลที่มีความยาก และซับซ้อน ผู้ดูแลในครอบครัวจึงทุ่มเทและใส่ใจในการดูแลอย่างมากเกินไปจึงส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ทรุดโทรมได้ มีอาการปวดหลัง ปวดเมื่อย จากการช่วยเหลือกิจวัตรของผู้ป่วย เกิดความเหนื่อยล้า ไม่มีสมาธิ นอนหลับไม่เพียงพอเนื่องจากภาระในการดูแล หรืออาจส่งผลในระยะยาวที่ทำให้เกิดการนอนหลับยากขึ้น ต้องใช้ยาเพื่อแก้ไขปัญหาการนอนหลับ (วารุณี มีเจริญ, 2557) การรับประทานอาหารได้ลดลง เนื่องจากรู้สึกเบื่อหน่ายจึงไม่ยอมทำกิจกรรมอะไรสำหรับดูแลสุขภาพตัวเอง จนท้ายที่สุดตัวผู้ดูแลเองเกิดความเจ็บป่วยต้องเข้ารับการรักษา

3.7.2 ผลกระทบทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความกลัว ความรู้สึกไม่แน่นอน เนื่องจากการรับรู้ว่าตนเองอยู่ในสถานการณ์ที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงของอาการผู้ป่วย อาจจะดีขึ้นหรือว่าอาจจะทรุด (Doumit et al., 2008) เกิดความวิตกกังวล และความเครียด (Linderholm & Friedrichsen, 2010) มีการรับรู้ว่าการดูแลนั้นเป็นภาระ และทำให้ความสุขหายไป (Royackers et al., 2016; Saleh & O'Neill, 2018) ซึ่งเป็นผลกระทบที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดอารมณ์เชิงลบ เช่น หงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า เจ้าอารมณ์ เกิดภาวะบีบคั้นทางจิตใจ คือการต้องเผชิญกับความคาดหวังจากการดูแลที่ต้องเป็นการดูแลที่ดีที่สุด เกิดความรู้สึกสับสนไม่สามารถหาคำตอบได้ว่าควรแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยอย่างไรถึงจะเป็นวิธีที่ดีที่สุดจนบางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวบางรายมีความรู้สึกที่ส่งผลต่อจิตใจมาก จนอาจเปลี่ยนบทบาทจากผู้ดูแลในครอบครัวกลายเป็นผู้ป่วยเองเนื่องจากเจ็บป่วยเป็นโรคมะเร็ง (Nijboer et al., 2001)

3.7.3 ผลกระทบทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ การดูแลที่บ้านนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบมากที่สุด หากทะเลาะและไม่แก้ไขปัญหาการดูแล จะส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทางด้านสังคม คืออาจเกิดความขัดแย้งระหว่างหมู่ญาติ หรือบุคคลที่เป็นผู้ดูแลในครอบครัวด้วยกันเอง (Leow & Chan, 2017) พบว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของคนในครอบครัวคนอื่นๆ ด้วย (Leahey (Leahey & Harper-Jaques, 1996; สุริยา ฟองเกิด และสรวงทิพย์ ภู่อุณา, 2557) การดูแลรักษาย่อมมีค่าใช้จ่ายในการรักษา ค่ายา ค่ารถเพื่อไปพบแพทย์ตามนัด ค่าใช้จ่ายในการซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ ซึ่งเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัว

ที่ต้องแบกรับค่าใช้จ่ายทั้งหลายเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วย ซึ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (Wisoso et al., 2017)

กล่าวโดยสรุป ถึงผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามต่อผู้ดูแลในครอบครัว สามารถแบ่งได้เป็นด้านร่างกายผู้ดูแลในครอบครัวมีการรับรู้ถึงความยากลำบากในการดูแลโรคมะเร็งระยะลุกลาม ส่งผลให้ไม่มีเวลาดูแลสุขภาพของตนเอง ด้านจิตใจผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เกิดความรู้สึกกลัว รู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้ป่วย เกิดความเครียด ความกังวลใจและด้านสังคม เศรษฐกิจผู้ดูแลในครอบครัวอาจเกิดความขัดแย้งกับหมู่ญาติในเรื่องของการตัดสินใจในการรักษาและการแบกรับค่าใช้จ่ายในการดูแลที่ค่อนข้างสูงซึ่งเป็นผลกระทบของโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว สำหรับการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัว ดังต่อไปนี้

### 3.8 การพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

การให้การช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนั้น เป็นบทบาทของพยาบาลเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ส่งผ่านกระบวนการพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยเมื่อต้องกับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งมีกระบวนการพยาบาล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554; สุรีพร ธนศิลป์, 2563) ดังนี้

#### 3.8.1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะเจ็บป่วย

3.8.1.1 การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ในการติดตามการรักษา ต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ ชะลอความรุนแรงของโรค มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว

3.8.1.2 ให้คำแนะนำผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3.8.1.3 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและความเจ็บป่วย เทคนิคในการดูแลแก่ผู้ดูแลในครอบครัว หากผู้ดูแลเกิดความรู้สึกตกใจ อาจช่วยเหลือด้วยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล

3.8.1.4 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกันได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ รวมทั้งการส่งมอบกำลังใจของกลุ่ม เพื่อลดความเครียดจากการรับบทบาทเป็นผู้ดูแล

3.8.1.5 บทบาทในการส่งต่อการรักษาไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้องเพื่อสนับสนุนแหล่งประโยชน์ในชุมชนแก่ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อขอความช่วยเหลือด้านต่างๆจากชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

#### 3.8.2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย

3.8.2.1 พยาบาลให้ความสำคัญกับการตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เกี่ยวกับการยอมรับความตายและทัศนคติเกี่ยวกับความตาย

3.8.2.2 การเตรียมผู้ดูแลในครอบครัว ให้ทราบข้อมูลการเจ็บป่วย โอกาสในการเสียชีวิต และวาระสุดท้ายของผู้ป่วยที่เข้าใจลึกซึ้งมากขึ้นเพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีการเตรียมใจ และเตรียมเกี่ยวกับพิธีทางศาสนา โดยเฉพาะ 48 ชั่วโมงสุดท้าย นั้นผู้ดูแลในครอบครัวอาจเกิดความรู้สึกเกี่ยวกับความตาย ลังเล อาจเกิดความรู้สึกผิดต่อการตัดสินใจยุติการรักษา หรือแผนการรักษาที่ได้ตัดสินใจร่วมกับผู้ป่วยไป ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเครียด อึดอัด ดังนั้นในระยะนี้พยาบาลควรให้ข้อมูลที่เพียงพอและคอยรับฟังความรู้สึกของผู้ดูแลในครอบครัว

3.8.2.3 ส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัว ญาติพี่น้อง และสมาชิกในครอบครัว รายอื่นๆ มีการขอโหสิกรรมซึ่งกันและกัน การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารทางเดียวผ่านการได้ยินเนื่องจากการได้ยินนั้นเป็นสิ่งสุดท้ายที่ผู้ป่วยในระยะนี้จะสูญเสียไป

กล่าวโดยสรุป ในระยะเจ็บป่วย จะเป็นในลักษณะของการดูแลต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการ มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อเองที่บ้านได้ ในระยะสุดท้ายจะเป็นในลักษณะถึงการยอมรับความตายทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว เมื่อวาระสุดท้ายครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังหัวข้อต่อไปนี้

#### 4. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4.1 การวางแผนเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge Planning) (นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร, 2557) กระบวนการการวางแผนจำหน่ายเป็นการทำงานเป็นทีมของบุคลากรทางการแพทย์ โดยเน้นผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลเพื่อให้เกิดความครอบคลุม ทั้งด้านการดูแลด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ในผู้ป่วยที่ต้องใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัวไปที่บ้านผู้ดูแลในครอบครัวที่ต้องมีทักษะในการดูแล อาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเองไม่แน่ใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยปัญหาต่างๆ จะได้รับการปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

4.1.1 ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการเจ็บป่วยอย่างละเอียด การวินิจฉัยโรค การดำเนินโรค การพยากรณ์โรค แผนการรักษาพยาบาล เพื่อใช้เป็นข้อมูลเบื้องต้นในการประเมินปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการวางแผนการดูแลภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

4.1.2 ประเมินภาวะสุขภาพ ความรู้ ความสามารถ ความเชื่อ ทักษะคิด สัมพันธภาพในครอบครัวและความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

4.1.3 ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้าน ลักษณะที่อยู่อาศัย ที่นอน ตลอดจนอุปกรณ์การดูแลที่จำเป็น



4.1.4 ประเมินแหล่งสนับสนุนในชุมชน เช่น โรงพยาบาล สถานีอนามัย หรือ ศูนย์บริการสุขภาพที่อยู่ใกล้บ้าน

4.1.5 สร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดเพื่อให้เกิด Trust bonding process ให้กับผู้ป่วย และครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจในการให้บริการและการให้คำปรึกษาเพื่อที่จะช่วยในการ พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆเมื่ออยู่ที่บ้านได้

4.1.6 การให้ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และการฝึกทักษะในการดูแล ซึ่งถือเป็น บทบาทด้านการให้ความรู้ (Health education) ที่สำคัญ พยาบาลสามารถนำข้อมูลที่ได้รับมา วางแผนในการให้ความรู้และพัฒนาทักษะการดูแลในเรื่องที่ผู้ดูแลในครอบครัวพร้อมที่จะเรียนรู้โดยใช้ กระบวนการ METHOD ดังนี้

M : Medication & Adverse effects ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน และการ บริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพ และปลอดภัย ในการสอนต้องคำนึงถึงว่าผู้บริหายาเป็นใคร และมี ข้อจำกัดในการบริหายาหรือไม่

E : Environment & Equipment การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยสำหรับ ผู้ป่วยเอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพ การใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

T : Treatment แผนการรักษาที่ต้องดำเนินต่อที่บ้าน เช่น การให้อาหาร นั้นจะต้องให้ปริมาณและจำนวนครั้งเท่าใด ปริมาณออกซิเจนที่ผู้ป่วยควรได้รับ เป็นต้น

H : Health การให้ความรู้และสอนทักษะเฉพาะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลใน ครอบครัวและผู้ป่วยซึ่งสอดคล้องกับความต้องการการดูแลที่บ้าน ครอบคลุมถึงการวินิจฉัยโรค และ การดำเนินโรค แผนการรักษา โรคแทรกซ้อน การปฏิบัติตัวหรือความต้องการการดูแลในเรื่องต่างๆ

O : Outpatient (Follow up & Referral) การมาตรวจตามนัด การมา ตรวจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน การส่งต่อไปรับการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน

D : Diet ภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เช่น อาหารและเครื่องดื่มมีการจำกัด อาหารหรือไม่ ปริมาณน้ำดื่มในแต่ละวันที่ต้องได้รับเท่าไรให้มีความเหมาะสมกับร่างกาย

4.1.7 การประเมินความพร้อมในการจำหน่ายสำหรับผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วย ก่อนออกจากโรงพยาบาลโดยการทวนสอบความรู้ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นต่างๆที่ต้องปฏิบัติ เมื่อกลับไปพักฟื้นต่อที่บ้าน

4.1.8 เป็นที่ปรึกษาให้ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยทั้งระยะก่อนและภายหลังการ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อช่วยให้สามารถปรับตัวได้ดีขึ้น ภายใต้สถานการณ์ที่เป็นจริงที่บ้าน การประยุกต์เทคโนโลยีต่างๆให้เหมาะสมสำหรับครอบครัว การติดตามช่วยเหลือครอบครัวสามารถ พัฒนาศักยภาพในการเผชิญการแก้ไขปัญหา และคงไว้ซึ่งคุณภาพการดูแล

4.1.9 การประสานงานกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องทั้งภายใน เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร สังคมสงเคราะห์ เป็นต้น และภายนอกโรงพยาบาล เช่น พยาบาลประจำศูนย์บริการสาธารณสุข ผู้แทนขายอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยต้องใช้ เช่น เครื่องดูดเสมหะ เครื่องผลิตออกซิเจน เพื่อวางแผนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในขณะก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ถือเป็นกระบวนการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ส่งผ่านกระบวนการพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (ภิญโญ อุทธิยา, 2563; สุรีพร ธนศิลป์, 2563) ดังต่อไปนี้

การเตรียมผู้ดูแลในครอบครัวให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยต้องคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว การเตรียมสถานที่ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ดังนี้

1. ประเมินความพร้อมและทัศนคติของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้มั่นใจว่าครอบครัวมีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแล และมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย โดยสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแลในระยะนี้นั้นคือ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการความเข้าใจว่าระยะนี้ไม่ใช่ระยะที่รักษาเพื่อให้หายจากโรค แต่เป็นการดูแลรักษาเพื่อทุเลาอาการที่ผู้ป่วยเผชิญทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อส่งเสริมความสบายและเพิ่มคุณภาพชีวิต

2. ประเมินปัญหา ความต้องการ ความคาดหวัง สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจในการดำรงชีวิตของครอบครัวและผู้ป่วย การรับรู้ประสบการณ์ การมีส่วนร่วมดูแลโดยใช้การสื่อสารสองทาง

3. ให้ความรู้และฝึกทักษะในการดูแลพร้อมสาธิตย้อนกลับ เกี่ยวกับเรื่องต่อไปนี้  
3.1 การดูแลทั่วไป เช่น การจัดทำ การอาบน้ำ การทำความสะอาดช่องปาก การจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสบาย เช่น จัดหาดอกไม้ จัดห้องให้โล่ง จัดที่นอนให้เรียบตึง รวมถึงการลดปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบาย เช่น แสงที่สว่างเกินไป เสียงที่ดังเกินไป เป็นต้น

3.2 การบรรเทาอาการทางร่างกายที่พบบ่อย ดังนี้

3.2.1 การให้ยาตามแผนการรักษาพร้อมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงของยา สอนวิธีการใช้ Syringe-driver และการเก็บรักษายา กรณีได้รับยามอร์ฟินชนิดฉีด

3.2.2 การเยียวยาด้วยการดูแลแบบผสมผสานเพื่อลดอาการปวดและอาการอื่น ๆ เช่น การประคบเย็น การใช้เทคนิคการผ่อนคลายต่าง ๆ ได้แก่ การหายใจแบบมีประสิทธิภาพ การจินตนาการ การฟังเพลงหรือธรรมะ เป็นต้น การสวดมนต์ การทำสมาธิด้วยวิธีการต่าง ๆ ได้แก่ การทำอานาปานสติ การบริการมพุทธโธ การทำจิตใจให้จดจ่อกับสิ่งหนึ่งสิ่งใด เป็นต้น หรือ การนวดผ่อนคลาย

3.2.3 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินหายใจ ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย จัดทำศรีษะสูงให้ผู้ป่วยนอนสบาย ดูแลความอบอุ่น ให้ยาตามแผนการรักษา

3.2.4 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ประเมินสภาพผู้ป่วยถึงภาวะโภชนาการ โรคประจำตัว ผลกระทบจากการรักษาที่อาจจะส่งผลกระทบต่อระบบทางเดินอาหาร เน้นการทานอาหารสุกสะอาด

3.2.5 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาระบบปัสสาวะ ประเมินอาการของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ติดตามผลภาวะสมดุลของเกลือแร่ให้ผู้ป่วย ประสานความดูแลต่อเนื่องในผู้ป่วยที่มีสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น

3.2.6 การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาบริเวณผิวหนัง ประเมินอาการของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุที่สามารถแก้ไขและป้องกันได้ ป้องกันผิวแห้งด้วยการเพิ่มความชุ่มชื้นจากการทาครีมบำรุงที่เหมาะสมกับสภาพของผิวผู้ป่วย

3.2.7 การให้ข้อมูลในการเตรียมสถานที่ให้พร้อมใน การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การจัดเตรียมบ้าน-ห้อง-เตียง-ห้องน้ำ ให้พร้อมรับผู้ป่วย รวมถึงวัสดุ-อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น เช่น เตียงนอน ถังออกซิเจน อุปกรณ์ทำความสะอาดแผลมะเร็ง เป็นต้น

3.2.8 การจัดเตรียมตารางการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันให้กับครอบครัว

4. ให้ความรู้และฝึกทักษะการเฝ้าเวลาด้านจิตวิญญาณแก่ครอบครัว เช่น การปฏิบัติกิจด้านศาสนา การพูดคุยถึงเรื่องราวหรือประสบการณ์ดี ๆ ที่ผู้ป่วยประทับใจในอดีต หรือการทบทวนชีวิต

5. พัฒนาทักษะในการขอความช่วยเหลือ หรือการประสานขอความร่วมมือจากหน่วยงาน

6. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน และข้อมูลเพื่อการประสานงานกับพยาบาลในพื้นที่กรณีมีปัญหาในการดูแล

7. จัดเตรียมยาที่จำเป็น สำหรับการดูแลผู้ป่วยในช่วงสัปดาห์แรก

8. สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ถังออกซิเจน หรืออุปกรณ์อื่น ๆ หากจำเป็น โดยการแนะนำแหล่งที่สามารถหาซื้อวัสดุทางการแพทย์นั้น ๆ

9. ให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลสุขภาพร่างกายตนเองให้แข็งแรง รู้วิธีพัฒนาตนเองด้านจิตอารมณ์ จิตวิญญาณและสังคม การมีสุขภาพกายใจที่แข็งแรงสมบูรณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

10. ให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย

11. แนะนำแหล่งเรียนรู้แก่ครอบครัว เช่น ความรู้ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งเป็นอีกวิธีในการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

#### 4.2 การให้บริการพยาบาลและการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน

เป็นระบบบริการสุขภาพต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นบริการพยาบาลแบบองค์รวมและต่อเนื่องจากการวางแผนจำหน่าย เพื่อการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เนื่องจากสภาพแวดล้อมที่บ้านแตกต่างจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอาจจะมีปัญหาในการดูแล เป็นปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งผู้ป่วยที่มีอุปสรรคทางการแพทย์ที่ต้องใช้ทักษะในการดูแล และต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเอง เผชิญปัญหาได้ในสภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว โดยจะติดตามเยี่ยมที่บ้านหลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มความมั่นใจในการดูแล

กล่าวโดยสรุป บทบาทการวางแผนจำหน่าย การวางแผนเตรียมความพร้อม ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ให้ผู้ป่วยก่อนจำหน่ายกลับบ้าน โดยเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวหรือผู้ป่วยร่วมด้วยให้มีทักษะและความรู้ที่ดี สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านได้ และบทบาทให้บริการสุขภาพที่บ้านคือเป็นการดูแลต่อเนื่องหลังจากที่ผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้านแล้วโดยจะมีการเยี่ยมดูแลผู้ป่วย ถึงปัญหาต่างๆที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวประสบ เป็นในลักษณะการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของทีมีสุขภาพ สำหรับการศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษเกี่ยวกับบทบาทในเรื่องของการวางแผนจำหน่าย การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ซึ่งการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีรายละเอียดดังในหัวข้อต่อไป

## 5. การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นวิธีหนึ่งที่ใช้ศึกษาค้นหาความเป็นจริงของปรากฏการณ์ต่างๆจากบุคคลผ่านประสบการณ์ด้วยการบอกเล่าเรื่องราวที่ตนเองได้ประสบมา โดยมีพื้นฐานความคิดที่ว่าบุคคลจะรู้ดีที่สุดในเรื่องที่ตนเองมีประสบการณ์มาก่อนด้วยการรับรู้และรู้ความหมายในขณะที่มีสติสัมปชัญญะ (อัญญา ปลดเปลื้อง, 2556)

### 5.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2559) กล่าวว่า เป็นการศึกษาที่มีพื้นฐานมาจากสาขาปรัชญา ศึกษาเพื่อให้เข้าใจความเชื่อมโยงของมนุษย์และสิ่งแวดล้อมในปรากฏการณ์ใดปรากฏการณ์หนึ่งที่สนใจผ่านการบอกเล่าจากผู้ที่มีประสบการณ์นั้น เพื่อค้นหาแก่นแท้ของปรากฏการณ์ ให้เกิดความเข้าใจและมีความชัดเจน โดยมีภาษาเป็นสื่อขั้นต้นในการถ่ายทอดความหมาย

กัญญ์ฐิตา ศรีภา (2555) กล่าวว่า ความเกี่ยวข้องของบุคคลกับสิ่งต่างๆ รอบตัวทั้งหมดทั้งสิ้น ที่เข้ามากระทบชีวิต หรือการที่บุคคลมีส่วนร่วมหรืออยู่ในเหตุการณ์หรือสิ่งแวดล้อมนั้น โดยจะต้องคำนึงถึงบุคคลเป็นอันหนึ่งอันเดียวกับสิ่งแวดล้อม กล่าวอีกนัยคือไม่สามารถแยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อมได้

van Manen (1990) อ้างอิงใน จอนณะจิง เฟ็งจาด (2548) กล่าวว่า การศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Lived experience) ของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่ดำรงอยู่ ซึ่งข้อความรู้เกี่ยวกับโลก/สิ่งแวดล้อมที่เราอยู่เกิดขึ้นได้ด้วยการดำเนินชีวิต (Being) ในเหตุการณ์ หรือสิ่งแวดล้อมนั้นๆ

กล่าวโดยสรุป ปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นปรัชญาที่มุ่งศึกษาและทำความเข้าใจในปรากฏการณ์ของบุคคล ซึ่งบุคคลเป็นผู้ประสบในปรากฏการณ์นั้นโดยตรงทั้งที่ประสบมาแล้วและกำลังประสบอยู่ ว่าปรากฏการณ์นั้นมีความหมายอย่างไรต่อบุคคลที่มีประสบการณ์นั้น โดยผ่านการบอกเล่าเรื่องราวของผู้ให้ข้อมูล สำหรับแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยา ดังต่อไปนี้

## 5.2 แนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบหนึ่งที่อาศัยแนวคิดและโลกทัศน์จากปรัชญาปรากฏการณ์วิทยา เป็นเครื่องมือในการศึกษาปรากฏการณ์ (Phenomenon or appearance) และประสบการณ์ของมนุษย์มุ่งเน้นการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ตามสภาพการณ์ที่เป็นจริง ตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในสถานการณ์นั้นๆ ที่เน้นธรรมชาติและความเป็นจริงของปรากฏการณ์ โดยแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา มีจุดเน้นที่มีความแตกต่างกัน และสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 แนวทาง (ชาย โพธิสิตา, 2556; อัญญา พลตเปลื้อง, 2556) ได้แก่

5.2.1 ปรากฏการณ์วิทยาแนวอูตรวิสัย (Transcendental Phenomenology) เป็นแนวคิดของ Edmund Husserl แนวคิด Husserlian Phenomenology เป็นความคิดที่มีความเป็นอิสระในเรื่องที่ต้องการจะศึกษา หลักสำคัญของแนวคิดนี้ คือ มุ่งพรรณนาความหมายที่สร้างขึ้นมาจากจิตสำนึก ผู้ศึกษาตามแนวคิดนี้ต้องไม่มีอคติและไม่มีอารมณ์ในสิ่งที่ศึกษา โดยขจัดความคิดเห็นของตนออกจากสิ่งที่ตนกำลังศึกษา (Bracketing) เน้นที่จุดมุ่งหมาย (Intentionality) และสาระสำคัญ (Essences) ของการรับรู้ของบุคคล มีความเชื่อว่ามนุษย์จะเข้าใจในสิ่งที่ประสบได้ด้วยการรับรู้

5.2.2 ปรากฏการณ์วิทยาแนวอัตถิภาวะ (Existential Phenomenology) ตามแนวคิดของ Maurice Merleau-Ponty และ Jean-Paul Sartre ที่ว่าการดำรงอยู่ในโลกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อบุคคลนั้น มุ่งวิเคราะห์ภาวะหน้าที่เป็น (Existence) ของบุคคลและสิ่งต่างๆ โดยเชื่อว่าการ

รับรู้ของบุคคลส่งผลต่อการดำรงอยู่ในโลกด้วยการใช้ชีวิตในปัจจุบัน เป็นผลมาจากภูมิหลังและประสบการณ์เดิม (Historical person) ของแต่ละคน

5.2.3 ปรัชญาการตีความแนวอรรถปริวรรต (Hermeneutic Phenomenology) ตามแนวคิดของ Heidegger โดยได้พัฒนาแนวคิดการศึกษามาเป็นปรัชญาการตีความแบบตีความ (Hermeneutic Phenomenology or Interpretive Phenomenology) ที่เน้นการตีความหมายของประสบการณ์บุคคลเป็นหลักโดยมีมุมมองขัดแย้งกับ Husserl ในเรื่องของการแยกตัวเองออกจากเรื่องที่ศึกษาโดยเชื่อว่าสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ (being) เวลา (timing) มีความหมายในตัวของมันเอง (meaning) ซึ่งสามารถตีความหมายได้ และภาษามีความสำคัญมากในการตีความ ซึ่งผู้ศึกษาต้องมีความเข้าใจในสภาพแวดล้อมของบุคคลนั้นๆ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงไม่สามารถแยกตนออกจากการศึกษาได้

แม้ว่าแนวคิดการศึกษาปรัชญาการตีความจะมีจุดเน้นที่แตกต่างกัน แต่ปรัชญาการตีความทุกรูปแบบก็มีลักษณะร่วมกันอยู่อย่างหนึ่ง คือ การปฏิเสธสัจนิยมเชิงประจักษ์ (Empirical realism) ซึ่งเชื่อว่า สิ่งที่เป็นจริงจะต้องเป็นสิ่งที่สามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเท่านั้น แต่ในทัศนะของ นักปรัชญาการตีความนั้น สิ่งที่เป็นจริงไม่จำเป็นต้องเป็นสิ่งที่สามารถรับรู้ได้ด้วยประสาทสัมผัสเสมอไป แต่หลายอย่างสามารถเข้าถึงได้ด้วยการหยั่งรู้ (Intuition) ผ่านความเข้าใจถึงความรู้สึกหรือสิ่งที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคล (ชาย โปธิสตา, 2556) หมายความว่า ประสบการณ์ชนิดเดียวกันย่อมมีแก่นแท้ (Essence) เดียวกัน อาจเรียกได้ว่าเป็นโครงสร้างเดียวกัน ตามความหมายที่คนเข้าใจร่วมกันหรือเข้าใจตรงกันจากการที่ได้ศึกษาลักษณะร่วมกันของประสบการณ์ในเรื่องเดียวกันจากคนหลายๆคน อาจสรุปได้ว่าการศึกษาปรัชญาการตีความตามแนวคิดของ Husserl เป็น Post positivism และการศึกษาปรัชญาการตีความตามแนวคิดของ Heidegger เป็น Constructivism (อัญญา ปลดเปลื้อง , 2556)

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดการศึกษาเชิงปรัชญาการตีความของ Heidegger เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ดังนั้นผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการศึกษาเชิงปรัชญาการตีความของ Heidegger เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงวิธีการศึกษาและใช้เป็นแนวทางในการทำวิจัยต่อไป ดังนี้

### 5.3 แนวคิดปรัชญาการตีความของ Martin Heidegger

แนวคิดปรัชญาการตีความของ Heidegger ซึ่งมีจุดเน้นที่ธรรมชาติของความจริง (Ontological) ในการพยายามทำความเข้าใจในธรรมชาติของมนุษย์ ทำให้สามารถนำไปสู่ความเป็นไปได้ของความเข้าใจ ให้การแปลความ ตีความนำไปสู่การเข้าใจในการให้ความหมายของมนุษย์ โดยใช้วิธีการของปรัชญาการตีความแบบตีความ (Hermeneutic phenomenology or Interpretive phenomenology) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของพลังแห่งความจริงของการเข้าใจและการแปลตีความ (Dowling, 2007) ทำให้ธรรมชาติของความจริงนั้นๆ ปรัชญาการตีความออกมาให้เห็นได้ โดย

การทำความเข้าใจเปรียบเสมือนวงล้อ ที่เริ่มจากการทำความเข้าใจ และนำไปสู่การให้ความหมายของการดำรงอยู่ของความจริงที่ปรากฏอยู่ทั้งหมด นำไปสู่การวิเคราะห์ความจริงที่เป็นอยู่ ซึ่งผลที่ได้นำไปสู่ความเข้าใจในธรรมชาติของความจริงที่ดำรงอยู่นั้นทั้งหมดโดยเรียกกระบวนการนี้ว่า "Hermeneutics circle" เพื่อค้นหาความหมายของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายๆ ด้าน โดยการตีความจากภาษาที่ใช้ในชีวิตประจำวันมาเป็นภาษาที่เป็นสากลที่สามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจได้ โดยไม่มีการทำลายหรือบิดเบือนความหมายเดิม (จอห์นอะจาส พึงจาด, 2548) ซึ่งเน้นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของบุคคลคนหนึ่ง ที่มีการดำเนินชีวิตอยู่ในโลกหรือ สภาวะการณ์หนึ่ง (Being-in-the-world) ซึ่งเป็นวิธีการเพื่อศึกษาปรากฏการณ์ในชีวิตที่บุคคลคนหนึ่งได้ประสบมาต่อเหตุการณ์นั้นๆ การศึกษาวิธีนี้มุ่งทำให้เกิดความเข้าใจต่อประสบการณ์ชีวิตที่บุคคลได้ประสบเป็นหลัก

Heidegger เชื่อว่า บุคคลมีความสำคัญมากต่อการศึกษา โดยแต่ละคนจะมีความรู้สึนึกคิดต่อประสบการณ์ต่างๆ ด้วยตนเองซึ่งเป็นประสบการณ์เฉพาะของบุคคล และนำมาแปลความหมายของการดำรงชีวิตในแต่ละวันหรือการอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นๆอย่างไร ซึ่งแนวคิดของ Heidegger ได้กล่าวถึงความสำคัญของบุคคลไว้ดังนี้

1) บุคคลเป็นผู้อยู่ในสิ่งแวดล้อม (The person as having a world) หมายถึง บุคคลมีความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวตั้งแต่เกิดไม่สามารถแยกจากกันได้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ได้แก่ วัฒนธรรม ภาษา ความเป็นอยู่ในบริบทของบุคคลนั้นๆ ซึ่งผู้วิจัยควรมีเข้าใจในสิ่งแวดล้อม

2) บุคคลเป็นผู้ทรงคุณค่า (The person as being for whom things significance and value) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายในเรื่องสิ่งต่างๆ ตามสิ่งแวดล้อม ภาษาและวัฒนธรรม คุณลักษณะพื้นฐานของแต่ละคนจะแสดงออกมาจากการรับรู้และประสบการณ์ ซึ่งผู้วิจัยควรให้ความสำคัญต่อมุมมอง ความคิดและมีความเข้าใจต่อบุคคลในบริบทที่ศึกษา

3) บุคคลเป็นผู้แปลความหมาย (The person as self interpreting) หมายถึง บุคคลเป็นผู้ให้ความหมายตามความคิดและประสบการณ์ของตนเอง โดยปราศจากทฤษฎีต่างๆ เป็นการรับรู้เฉพาะของบุคคลตามการให้ความสำคัญที่เป็นพื้นฐานหลังของบุคคล

4) บุคคลเป็นการรวมเข้าไว้ด้วยกัน (The person as embodied) หมายถึง บุคคลมีลักษณะของการรวมเข้าไว้ด้วยกันของความรู้สึนึกคิด การให้ความหมายแบบแผนการดำรงชีวิต ประกอบด้วย กาย จิตสังคัม กายใต้สภาพแวดล้อมที่สัมพันธ์กัน ไม่สามารถแยกเป็นส่วนๆได้

5) บุคคลมีมิติของการเวลา (The person in time) หมายถึง บุคคลมีความเป็นอยู่ตามมิติของเวลา และตามประสบการณ์ชีวิตที่ได้รับจากอดีต ซึ่งส่งผลเกี่ยวเนื่องถึงอนาคตได้

ปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Martin Heidegger ยังเชื่อว่า โลกหรือสังคมของบุคคลเป็นพื้นฐานเบื้องต้นของการเข้าใจ และเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างความจริงของบุคคล การทำความเข้าใจเป็นกระบวนการที่บุคคลรับรู้ตระหนักในความเป็นไปได้ในสิ่งที่เกิดขึ้นจริง และนำไปสู่การสร้าง

ความหมายของสิ่งนั้นๆ ที่เกิดขึ้นของบุคคลที่มีต่อสิ่งแวดล้อม โดยมีลักษณะของปรากฏการณ์วิทยาการตีความ ดังต่อไปนี้

#### 5.4 ลักษณะของปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

แนวคิดของการตีความ (Hermeneutics) เปรียบเสมือนวิธีดำเนินการศึกษาในเชิงปรัชญา ไม่ใช่วิธีการในเชิงวิทยาศาสตร์ เป็นวิธีการตีความ (Interpretive method) ที่มีมากกว่าการพรรณนาสิ่งที่แสดงให้เห็น หรือการพยาบาลที่จะเปิดเผยความหมายที่ซ่อนเร้นอยู่โดยการคาดเดาล่วงหน้าที่มีความสำคัญมากกว่าวิธีการที่ใช้ Hermeneutic phenomenology เป็นวิธีการดำเนินการศึกษามากกว่าจะเป็นทฤษฎี ดังนี้

5.4.1 เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้นๆ จากคนใน (Insider view)

5.4.2 เป็นการศึกษาประสบการณ์ชีวิตของคน หรือกลุ่มคนในปรากฏการณ์ที่เฉพาะ

5.4.3 เป็นการศึกษาเพื่อหาแก่นของความหมายของประสบการณ์ชีวิตของคน

5.4.4 เป็นการศึกษาเพื่อให้เราเข้าใจโลกในสังคมของผู้ที่เราศึกษา

เอกลักษณ์เด่นของปรัชญาแนวคิดของ Heidegger คือ การมองเห็นถึงการทำงานของปรากฏการณ์วิทยาอันเปรียบเสมือนวิธีการ "Destruction" โดย Heidegger อธิบายว่าเหมือนกับการเปิดกล่องที่ใส่ของออกมาสำรวจดูแล้วทำการจัดใหม่ นอกจากนี้ Spiegelberg (1975 cited in Streubert & Carpenter, 2011) ได้ให้คำอธิบายเพิ่มเติมเพื่อความชัดเจนเกี่ยวกับ "Destruction" ดังนี้

5.4.5 เป็นการเปลี่ยนวิธีการมองสิ่งที่เกิดขึ้นเป็นปกติในทุกๆ วันที่เป็นปัจจุบันและอดีตเสียใหม่โดยการมองให้ลึกซึ่งลงไปถึงความหมายของการดำรงชีวิตอยู่ของสิ่งที่ปรากฏอยู่

5.4.6 เป็นการเปลี่ยนแปลง ที่ปลดปล่อยตัวเราเองจากความคิด ความเชื่อแบบเดิมๆ ในอดีตของเราเอง

5.4.7 เป็นการเปลี่ยนแปลงที่ช่วยให้เราได้หลุดพ้นจากกรอบประเพณีที่ถือปฏิบัติมาแต่ก่อนซึ่งมีความเข้มงวดเพื่อช่วยให้เราได้มองเห็น รับรู้ ตรวจสอบ ความเป็นจริงของการดำรงชีวิตอยู่ของเราได้

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาตามแนวคิดของ Martin Heidegger เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเพื่อการทำความเข้าใจ เพื่อตีความ (Hermeneutic phenomenology) โดยเน้นการค้นหาเพื่อแปลความหมายของการมีชีวิตหรือการเป็นอยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ของบุคคลว่ามีความหมายต่อบุคคลนั้นๆ อย่างไร ดังนั้นการเข้าใจแนวคิดของความ เป็นบุคคล จึงมีความสำคัญเพราะจะนำไปสู่การเลือกใช้ปรัชญาเพื่อนำไปใช้เป็นระเบียบวิธีวิจัย โดยบุคคล (Person) จะเป็นผู้ให้ความหมายต่อปรากฏการณ์ตามความคิดความรู้สึกของตนเองซึ่งมีความ



แตกต่างจากความหมายของคนอื่นๆ นั่นคือ ประสบการณ์ของใครก็เป็นของคนนั้น เป็นประสบการณ์เฉพาะและเป็นความจริงของบุคคลนั้น ในการเข้าไปศึกษาประสบการณ์วิทยานั้นมีระเบียบวิธีวิจัยดังต่อไปนี้

### 5.5 ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ

van Manen (1990 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) กล่าวถึง ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความในประเด็นที่เกี่ยวกับ คำถามการวิจัย การเก็บรวบรวมข้อมูล และการวิเคราะห์ข้อมูลไว้ดังนี้

5.5.1 คำถามการวิจัย โดยการให้ความสนใจกับปรากฏการณ์อย่างจริงจังและผูกมัดไว้กับโลก ในการเห็นถึงความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น แล้วนำตัวเองเข้าไปศึกษาเพื่อให้เกิดหนทางที่นำไปสู่ความเข้าใจที่ลุ่มลึกและอาจจะนำไปสู่วิธีการหรือกระบวนการที่ใช้สำหรับแก้ไขปัญหาของปรากฏการณ์นั้นซึ่งการให้ความสนใจกับปรากฏการณ์จะประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1. Orienting to the phenomenon เป็นการให้ความสนใจกับธรรมชาติของประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ปัญหาอุปสรรค วิธีในการแก้ไขปัญหตามคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง

2. Formulating the phenomenological question กำหนดข้อคำถามของปรากฏการณ์ โดยผู้วิจัยมีการกำหนดข้อคำถามเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษาและสัมภาษณ์รวบรวมข้อมูล อาศัยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านเพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างข้อคำถามร่วมกับปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และมีการปรับข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

3. Explicating assumption and pre-understandings การอธิบายข้อสันนิษฐานและข้อตกลงเบื้องต้นอย่างละเอียด ผู้วิจัยมีความตระหนักถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวอยู่เสมอว่าตัวผู้วิจัยเองไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านมาก่อน จึงทำให้ผู้วิจัยเปิดใจรับความรู้และประสบการณ์นั้นจากผู้ให้ข้อมูลโดยปราศจากอคติในการเก็บรวบรวมข้อมูล ตัวผู้วิจัยเองจึงได้ทำการศึกษา ค้นคว้าจากหนังสือ ตำรา และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อนำมาใช้ในขั้นตอนของการตีความร่วมกันกับข้อมูลที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูล

5.5.2 การเก็บรวบรวมข้อมูล van Manen เสนอ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลที่สำคัญคือ การสัมภาษณ์ ที่มีลักษณะเป็นการพูดคุยแบบเผชิญหน้า (Face to face interview) เนื่องจากข้อมูลที่ต้องการของปรากฏการณ์วิทยาการตีความเป็นการแลกเปลี่ยนระหว่างความรู้เก่าของนักวิจัยกับความรู้ใหม่ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูลจึงมี

ความสำคัญต่อการสิ้นไหลของการสนทนา หากผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจในนักวิจัยจะทำให้ได้ข้อมูลอย่างละเอียดและมีความลุ่มลึกของข้อมูล ลักษณะการสัมภาษณ์แบบตีความ (Hermeneutic interview) มีลักษณะที่แตกต่างจากการสัมภาษณ์แบบอื่นๆ คือ การสัมภาษณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปิดเผยความหมายของปรากฏการณ์ที่มีความสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์และกับโลกเป็นการรวบรวมเนื้อหาจากการบอกเล่าประสบการณ์ (Experiential narrative material) เฉพาะที่เป็นประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล มีการเผชิญหน้ากันระหว่างนักวิจัยกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อทำความเข้าใจกับการใช้ภาษาท่าทางและสัญลักษณ์อื่นๆ ร่วมด้วย (Manic and semantic levels of understanding) อันประกอบด้วย 2 ขั้นตอนดังนี้

1. Tracing etymological sources โดยก่อนที่จะเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการเตรียมตัวด้านความรู้ และทักษะด้านระเบียบวิธีวิจัย มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง จากนั้นผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลโดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อเป็นการเปิดประเด็นที่ศึกษา

2. Obtaining Experiential Descriptions from Others ผู้วิจัยรับฟังการบอกเล่าประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ใช้คำถามเชิงลึกถามต่อในสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ไว้เป็นการ Probe เจาะลึกในประเด็นที่สนใจ อาทิ ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ... ท่านช่วยยกตัวอย่างเกี่ยวกับ... หลังจากนั้นท่านทำอะไร... แล้วเกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น... แล้วท่านตัดสินใจอย่างไรต่อไป... เพราะเหตุใดถึงคิด...เช่นนั้นครับ (รู้สึกอย่างนั้น) มีอะไรอีกบ้าง...ไหมครับที่เกิดขึ้นและได้เรียนรู้จากการดูแลครั้งนี้ ที่เล่า... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...อย่างไรครับ(ประเด็นที่ต้องการ) ทั้งนี้จุดประสงค์ของการตอบคำถามดังกล่าวนี้คือ เพื่อช่วยทวนบทสนทนาไปถามผู้ให้ข้อมูลเป็นการยืนยันข้อมูลถึงประสบการณ์ตรงของผู้ให้ข้อมูล จึงได้คำตอบที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น เมื่อข้อมูลมากเพียงพอก็สามารถแสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกได้ง่ายยิ่งขึ้น โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นผู้วิจัยจะดำเนินไปควบคู่กับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนามซึ่งการแสดงออกมาทางภาษากายไม่สามารถบันทึกได้ด้วยเทปเสียง ดังนั้นผู้วิจัยต้องมีความตั้งใจในการติดตามเรื่องราว สังเกตและจดบันทึกภาคสนามในขณะที่รับฟังการบอกเล่าไปพร้อมๆกับการผนวกความรู้ที่มีอยู่ก่อนแล้วเข้าไปมีส่วนร่วมในการสนทนา

5.5.3 การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลจะเน้นถึงการแปลผลการศึกษาด้วยวิธีการตีความหมาย ซึ่งขึ้นอยู่กับฐานความรู้เดิมของนักวิจัยอย่างมาก ทั้งด้านความรู้ทางด้านภาษาความรู้ในปรากฏการณ์ที่ศึกษา และรวมถึงประสบการณ์ของตนเองที่เกี่ยวข้องกับปรากฏการณ์ดังกล่าว กระบวนการที่นำเหตุการณ์ในอดีตและเหตุการณ์ในปัจจุบันมาผสมผสานในการตีความนี้เรียกว่า Fusing horizon เนื่องจากจะมีการเปรียบเทียบเหตุการณ์ของนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูล รวมถึงการเปรียบเทียบความแตกต่างของแนวคิดที่หลากหลายที่นำมาผสมผสานเพื่อสร้างความเข้าใจใน

นิยามของข้อความที่กำลังตีความหมาย การเข้าไปอยู่ในวงเวียนแห่งการตีความ จะทำให้นักวิจัย แยกแยะระหว่างองค์ความรู้เดิมกับองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น และทำความเข้าใจกับองค์ความรู้ใหม่ได้ van Manen ได้กล่าวถึงวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลให้ได้ประเด็นหลัก คือ การวิเคราะห์ข้อมูลนี้จะดำเนิน ไปพร้อมๆ กับการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล กล่าวคือ หลังสัมภาษณ์ครั้งแรกของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 แล้ว นักวิจัยต้องทำการถอดเทปแล้ววิเคราะห์ข้อมูล จัดบันทึกข้อสงสัยและข้อค้นพบที่สำคัญหรือประเด็น ต่างๆ เพื่อกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลคนเดิมตรวจสอบข้อความถอดเทปและข้อค้นพบเบื้องต้น ผู้ให้ข้อมูล สามารถเพิ่มเติมหรือให้ข้อเสนอแนะได้ เพื่อเป็นการสะท้อนคิดอีกครั้งหนึ่งเนื่องจากการวิเคราะห์ ข้อมูลที่ทั้งนักวิจัยและผู้ให้ข้อมูลร่วมกันวิเคราะห์ ซึ่งเรียกว่าวงเวียนการตีความ (Hermeneutic circle) การเก็บข้อมูลกับการวิเคราะห์ข้อมูลจะถูกดำเนินไปพร้อมๆ กันจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว

5.5.4 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล Lincoln and Guba (1985 and Guba and Lincoln 1989 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) ได้กล่าวถึงหลักเกณฑ์ในการ พิจารณาความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลการวิจัยเชิงคุณภาพไว้ 4 ประการ ดังต่อไปนี้

5.5.4.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ซึ่งวิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือ ของข้อมูลนั้น ประกอบด้วย ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ การสังเกตติดต่อกัน การตรวจสอบสาม เสาการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ และการตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ระยะเวลาอยู่ในสนามที่นานพอ (Prolonged involvement) หมายถึงการใช้เวลาในสนามศึกษาที่มากพอที่นักวิจัยจะเรียนรู้วัฒนธรรม ภาษาและสร้างสัมพันธ์ภาพ สร้างบรรยากาศให้ดูเป็นกันเองและเพียงพอที่ผู้ให้ข้อมูลพร้อมจะเล่าประสบการณ์ชีวิตจริงแก่ผู้วิจัย

2) การสังเกตติดต่อกัน (Persistent observation) เป็นการใช้เวลาที่ มากพอในการสังเกตประสบการณ์ที่ศึกษาเพื่อให้ค้นพบว่าอะไรเป็นประเด็นสำคัญที่สุดและเป็น ตัวแทนของประเด็นที่ศึกษา การสังเกตนี้จะเป็นการสังเกตให้ได้ข้อมูลในเชิงลึก

3) การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เป็นการใช้หลากหลายวิธี ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แล้วนำข้อมูลเหล่านั้นมาตรวจสอบว่าตรงกันหรือไม่ เช่น การตรวจสอบจาก สิ่งที่สังเกตได้และการบันทึกภาคสนามกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ เป็นต้น

4) การตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) เป็นการนำผล การวิเคราะห์และข้อสรุปไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญในประเด็นที่นักวิจัยศึกษา และมีความรู้ด้าน การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลตรวจสอบให้อย่างน้อย 3 ท่าน

5) การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) เป็นวิธีการที่ผู้ให้ ข้อมูลเข้ามาช่วยในการตรวจสอบหรือแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับข้อสรุปเบื้องต้นที่ได้จากการ วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้แน่ใจว่าข้อสรุปที่ได้เป็นข้อมูลที่ได้มาจากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจริงๆ

5.5.4.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) ใช้แทนการอ้างอิงผลสรุปที่ได้สู่ประชากรในการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนในการวิจัยเชิงคุณภาพ หมายถึงการที่ผู้อ่านผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาแล้วสามารถเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นประสบการณ์ดังกล่าวเหมือนเกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งเรียกว่า ร่องรอยการตรวจสอบได้หรือ “Audit trail”

5.5.4.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) โดยการให้ผู้อ่านและนักวิพากษ์ได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบต่อกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ ถ้าผู้อ่านและนักวิพากษ์สามารถติดตามเรื่องราวได้อย่างเข้าใจ แสดงว่าการศึกษานี้ผ่านเกณฑ์ดังกล่าว

5.5.4.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) Guba and Lincoln (1989 อ้างถึงในอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) กล่าวว่า ความสามารถในการยืนยันจะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อการวิจัยนั้นผ่านเกณฑ์ทั้ง 3 ด้านแล้ว เกณฑ์ดังกล่าวคือ ความน่าเชื่อถือ (Credibility) ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) และความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) ส่วน Robon (1993 cited in Holloway and Wheeler, 1996 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2553) เสนอเกณฑ์ในการตรวจสอบความสามารถในการยืนยันการวิจัยเชิงคุณภาพ ดังนี้

1) การตรวจสอบจากข้อมูลดิบ ได้แก่ เทปบันทึกการสัมภาษณ์ แบบบันทึกภาคสนาม การถอดเทปแบบคำต่อคำที่ข้อมูลตรงกันหรือไม่

2) การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล คือ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา เช่น การยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูลเพื่ออธิบายข้อค้นพบที่ได้ คำโครงคำอธิบายประเด็น (Theme)

3) การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป เช่น ข้อความที่สำคัญ สาระที่ได้จากการวิเคราะห์ การจัดกลุ่มคำและการให้รหัสข้อมูล

4) การตรวจสอบกระบวนการวิจัย การเลือกรูปแบบการวิจัยและวิธีดำเนินการวิจัย

5) การตรวจสอบวัตถุประสงค์การวิจัยในระยะเริ่มต้นจากโครงร่างการวิจัยและความคาดหวังที่จะได้จากการวิจัย

6) การตรวจสอบการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เช่น วิธีการสัมภาษณ์วิธีการสังเกตและลักษณะข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก

กล่าวโดยสรุป ระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เกี่ยวกับคำถามการวิจัย ซึ่งคำถามที่เริ่มคิดในระยะเริ่มแรกกับในระยะหลังจะมีการเปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีคำตอบบางส่วนสามารถอธิบายให้ผู้วิจัยนั้นเข้าใจได้ในบางประเด็นแล้ว ผู้วิจัยก็จะมีปรับเปลี่ยนข้อคำถามเพื่อให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้รับจากผู้ให้ข้อมูลในแต่ละราย การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เปี่ยมแก่นแท้ โดยการได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพผู้วิจัยต้องมีสัมพันธภาพอันดีกับ

ผู้ให้ข้อมูล จนผู้ให้ข้อมูลเกิดความไว้วางใจและเข้าประสบการณ์ของตนเองได้อย่างสิ้นไหล และการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลที่ทำไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกว่าข้อมูลมีความอึดตัว ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล ด้วยการอยู่ในสนามวิจัยนานพอ ใช้การสังเกตที่ต่อเนื่อง มีการตรวจสอบสามเส้า ตรวจสอบข้อค้นพบด้วยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญงานวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลอย่างน้อย 3 ท่าน และตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล นอกจากนี้ยังตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลด้วยความสามารถในการฟังหา เป็นการตรวจสอบด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งจากการสัมภาษณ์ จดบันทึกภาคสนาม เอกสารสื่อสิ่งพิมพ์ต่างๆ ความสามารถในการยืนยันเป็นการตรวจสอบข้อค้นพบด้วยการนำวรรณกรรมมาสนับสนุนสิ่งที่ได้จากการศึกษา และความสามารถในการถ่ายโอนนั้นสามารถถ่ายโอนได้ในบริบทของการศึกษาที่มีความคล้ายคลึงกัน สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอเสนอในหัวข้อต่อไปนี้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศไทย

สำหรับในประเทศไทยยังขาดการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านจากประสบการณ์หรือมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว แต่พบการศึกษาถึงการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว กลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Wannapornsiri, 2018; Wiseso et al., 2017; สุปรีดา มั่นคง และคณะ, 2559; สุวรรณ มณีจันทร์ และคณะ, 2552) และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว (ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ, 2551) รายละเอียดดังต่อไปนี้

ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ (2551) ศึกษาประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา ซึ่งเป็นคู่สมรสที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการที่หน่วยรังสีรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง ธันวาคม 2548 จำนวน 15 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้วิธีวิจัยปรากฏการณ์นิยมเฮอร์เซอร์เมนนิวกของโคเฮน คานท์และสติฟส์ ผลการศึกษา พบว่า คู่สมรสผู้ดูแลจำนวน 15 ราย ประกอบด้วยภรรยาดูแล 12 ราย และสามีผู้ดูแล 3 ราย ประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษานั้นประกอบด้วย 6 ประเด็น คือ 1. พันธกิจต่อคู่ชีวิต เกิดจากพลังความรัก ความใกล้ชิด ไว้วางใจ และการตอบแทนบุญคุณ 2. การส่งเสริมความสบายของคู่ชีวิต แสดงออกโดยการดูแลสุขภาพกายให้แข็งแรงและบรรเทาอาการ รวมทั้งมีการให้กำลังใจ ใกล้ชิดและรักเมตตา 3. การเป็นผู้ร่วมทุกข์เกิดจากความรู้สึกไม่แน่นอนของชีวิตในอนาคต ความตึงเครียดที่เกิดจากการดูแล และลำบากต่อการจัดการกับสภาพที่แปลกใหม่ของชีวิต 4. การเปลี่ยนแปลงตนเองเป็นการปรับการดำเนินชีวิตและการคงไว้ซึ่งความหวังในการหายขาดจากโรคและการมีชีวิตที่ยืนยาวของคู่ชีวิตที่เจ็บป่วย 5. ขาดซึ่งในการช่วยเหลือจากหลากหลายผู้คน

และ 6. ความปิติยินดีกับการพัฒนาตนเองและความสมบูรณ์ของชีวิตคู่สมรสเกิดจากการประสบความสำเร็จในการดูแล เพิ่มพูนสัมพันธ์ภาพระหว่างคู่สมรสและการพัฒนาความเข้าใจถึงสัจธรรมของชีวิต ผลการศึกษาครั้งนี้สามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพได้ตระหนักถึงคู่สมรสผู้ดูแลเสมือนเป็นกลุ่มผู้ที่เปราะบางซึ่งได้รับการดูแลและผลการศึกษาครั้งนี้เป็นนัยสำคัญพื้นฐานสำหรับงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลของคู่สมรสไทยในอนาคต

สุวรรณา มณีจันทร์ และคณะ (2552) ศึกษา ประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิต สัมภาษณ์เชิงลึก มีการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมในผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 10 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้ความหมายของการดูแลแบบองค์รวม 4 ลักษณะ คือ ดูแลทางกาย สื่อถึงความรัก รวมถึงญาติมิตร ดูแลใกล้ชิดจนลมหายใจสุดท้าย ส่วนประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ดูแลในครอบครัว มีการแสวงหาสะสมข้อมูลความรู้และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดูแลแบบเข้าใจและเข้าถึงความต้องการ และเสริมสร้างพลังแห่งจิตวิญญาณของผู้ใกล้ตาย สำหรับปัจจัยเอื้อต่อการดูแลแบบองค์รวม ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ประกอบด้วย ได้ทดแทนบุญคุณ ทดแทนคุณความดี มีการทำงานเป็นทีมในการดูแล ดูแลได้ด้วยความหวัง และได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสาธารณสุข และชุมชน ปัจจัยด้านอื่นๆ การมีความพร้อมในการดูแล และมีการจัดการภายในครอบครัวที่ดีเมื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาวิเคราะห์ พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้าย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องดูแลอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งเป็นการเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วย การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นในช่วงสุดท้ายของชีวิต

สุปรिता มั่นคง และคณะ (2559) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองเฉพาะ รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และองค์การศาสนา เก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มของผู้ดูแลในครอบครัว ส่วนใหญ่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จำนวน 5 ครั้ง ที่หอพยาบาลคุณภาพชีวิต 2 ครั้ง โรงพยาบาลเสลภูมิ 2 ครั้ง และวัดคำประมง 1 ครั้ง และมีการสัมภาษณ์รายบุคคล ทั้งหมด 8 ราย ที่หอพยาบาลคุณภาพชีวิต 4 ราย โรงพยาบาลเสลภูมิ 3 ราย และวัดคำประมง 2 ราย ผู้วิจัย 1 ท่านทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในแต่ละรายโดยมีแนวคำถามเกี่ยวกับการสนทนากลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วย เป็นผู้ประสานงานการจัดการการดูแล และเป็นผู้ตัดสินใจเตรียมพร้อมสำหรับความตาย และเมื่อวิเคราะห์จะพบว่า สถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วย การเข้าใจบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยในแต่ละสถานบริการ จะสามารถให้การช่วยเหลือและตอบสนองความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองได้อย่างครอบคลุม

Wisoso et al. (2017) ศึกษาการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย:ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวชาวไทยพุทธ เป็นการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนา โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography research) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบวิธีเฉพาะเจาะจง ซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวทั้งหมด 30 คนจาก 13 ครอบครัว รวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ดูแลในครอบครัว และวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษาพบ 1) ส่งเสริมความสุขสบายและเตรียมผู้ป่วยให้เสียชีวิตอย่างสงบ โดยเคารพในสิ่งปรารถนาสุดท้ายของผู้ป่วย ให้คุณค่ากับผู้ป่วยที่เป็นบุคคลอันเป็นที่รัก ทำความเข้าใจว่าความตายเป็นกฎธรรมชาติของชีวิต ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเพื่อปลงอาถรรพ์ และจัดสภาพแวดล้อมที่เงียบสงบ และ 2) ร่วมกันจัดการการดูแล โดยดูแลด้วยความเต็มใจ จัดลำดับความสำคัญของแผนในชีวิตใหม่ แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย และบริหารจัดการด้านการเงินของครอบครัว จากการวิเคราะห์ช่วยให้เข้าใจการดูแลโดยสมาชิกครอบครัวในบริบทของวัฒนธรรมไทย เข้าใจในประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวดังกล่าว สามารถนำไปใช้ในการพัฒนาการดูแลเพื่อส่งเสริมความผาสุกของครอบครัวที่ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย

Wannapornsiri (2018) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ศึกษาปรากฏการณ์วิทยาเชิงบรรยาย (Describe) ถึงความหมายและการมีชีวิตในประสบการณ์นั้น (the ontological meaning and the lived experience) เก็บรวบรวมข้อมูลใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลหลักในครอบครัวจำนวน 14 ครอบครัวที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งมากกว่า 6 เดือน ในโรงพยาบาลทางตอนเหนือของประเทศไทยที่ดูแลพาผู้ป่วยมะเร็งมารับบริการที่หน่วยมะเร็งวิทยา โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงาน (Gate keeper) จะเป็นผู้ระบุตัวผู้ให้ข้อมูลและเป็นผู้ติดต่อประสานผู้ให้ข้อมูลให้กับผู้วิจัย วิเคราะห์ด้วยวิธีการของ Colaizzi ผลการศึกษาพบ การดูแลแบบเป็นทีม การดูแลแบบสนับสนุน การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข และการดูแลตนเองขณะดูแลผู้ป่วย เมื่อนำข้อค้นพบที่ได้มาวิเคราะห์พบว่าทำให้ทราบถึงการดูแลแบบประคับประคองต้องใช้การดูแลแบบเป็นทีม โดยต้องได้รับการสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัวให้การดูแลร่วมกัน ซึ่งข้อค้นพบที่ได้สามารถนำมาบูรณาการกับการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีในเวลาที่ยังเหลืออยู่ได้ด้วยการดูแลแบบประคับประคอง

สรุปงานวิจัยที่ทำการศึกษาดังกล่าวถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอจากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวถึงการศึกษาของลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ (2551) เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอคณะได้รับรังสีรักษา โดยใช้วิธีวิจัยปรากฏการณ์นิยมเฮร์เซอร์เมนนิวกของโคเฮน คานท์และสติฟส์ หากกล่าวโดยสรุปผลการวิจัยทั้ง 6 ประเด็นนั้นเป็นในลักษณะของชีวิตที่ให้การดูแลด้วยความรัก ความเข้าใจผู้ป่วยเป็นหลัก การศึกษาของ สุวรรณ มณีจันทน์ และคณะ (2552) เป็นการศึกษาการดูแล

แบบองค์รวมของผู้ดูแลในครอบครัว กล่าวโดยสรุปถึงผลการศึกษา มีการแสวงหาสะสมข้อมูลความรู้ และนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย ดูแลแบบเข้าใจและเข้าใจถึงความต้องการ และเสริมสร้างพลังแห่งจิตวิญญาณของผู้ใกล้ชีวิต ข้อค้นพบในภาพรวมของการศึกษานี้เป็นการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต การศึกษาของ สุปรีดา มั่นคง และคณะ (2559) ศึกษาบทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคอง โดยเฉพาะ กล่าวโดยสรุปพบว่าสถานบริการที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยและการเข้าถึงบทบาทของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวจะช่วยตอบสนองการดูแลแบบประคับประคองได้อย่างครอบคลุม การศึกษาของ Wiseso et al. (2017) ศึกษาการดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งระยะสุดท้าย: ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวชาวไทยพุทธ เป็นการดูแลผู้ป่วยตามหลักศาสนา โดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography research) กล่าวโดยสรุปผลการศึกษาพบ มีการส่งเสริมความสุขสบาย การเตรียมเสียชีวิตอย่างสงบ การปลงศพกรรม ซึ่งข้อค้นพบโดยสรุปส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับความตาย และการศึกษาของ Wannapornsiri (2018) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง เป็นลักษณะการร่วมกันดูแลผู้ป่วย การดูแลแบบได้รับการสนับสนุน การดูแลให้ผู้ป่วยมีความสุข กล่าวโดยสรุปเป็นข้อค้นพบที่เกี่ยวกับการร่วมกันดูแล และการได้รับการสนับสนุนการดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีคุณภาพชีวิตที่ดีก่อนเสียชีวิต จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ทำให้ข้อค้นพบที่ได้ส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับการดูแลให้สุขสบายและการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นหลักและมีความเกี่ยวข้องกับการเสียชีวิต สำหรับการดูแลผู้ป่วยแต่ละระยะของโรค และบริบทในการดูแลเช่น ที่บ้าน หรือโรงพยาบาลนั้นจะมีความแตกต่างกันอันส่งผลต่อการมีประสบการณ์ในการดูแลที่แตกต่างกันของผู้ดูแลในครอบครัวด้วย ซึ่งในการศึกษานี้ผู้วิจัยศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งนี้สิ่งที่ผู้วิจัยสนใจศึกษายังเป็นช่องว่างของความรู้ และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงเริ่มศึกษาด้วยงานวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นความรู้พื้นฐานและช่วยให้สามารถนำไปต่อยอดเป็นงานวิจัยในรูปแบบอื่นๆได้ต่อไป

ซึ่งในประเทศไทย มีการศึกษาค่อนข้างน้อยเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งของผู้ดูแลในครอบครัว และยังขาดการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวที่ยังเป็นช่องว่างความรู้อยู่ เพื่อเป็นการเติมเต็มองค์ความรู้ผู้วิจัยจึงสนใจทำการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ ผู้วิจัยยังได้ทบทวนวรรณกรรมเพิ่มเติม พบการศึกษาที่ผ่านมาแล้วมีการศึกษาถึงการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว ดังนี้

อรวิฐ กาญจนจारी และคณะ (2560) ศึกษาบทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มผู้ให้



ข้อมูลเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ช่วยเหลือผู้ป่วยระยะท้ายก่อนและระหว่างมารับบริการที่โรงพยาบาล มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี จำนวน 9 ราย เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 4-5 ราย และสัมภาษณ์เดี่ยว 4 ราย ผลการศึกษาพบว่า บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายประกอบด้วย การดูแลผู้ป่วยโดยตรงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การเตรียมพร้อมสำหรับการดูแลระยะท้าย และการปรับตัวและการดูแลตนเอง ส่วนความต้องการของผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยในระยะท้ายประกอบด้วย ความต้องการข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย ความต้องการประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย ความต้องการให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแทนตนเองเมื่อจำเป็น และความต้องการความช่วยเหลือด้านการเงิน พบว่าข้อค้นพบที่ได้เป็นการศึกษาถึงบทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในเรื่องของบทบาทและความต้องการอันจะนำมาซึ่งการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม

พวงพยอม จุลพันธ์ และคณะ (2563) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ ใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพด้วยวิธีปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงจำนวน 12 คน โดยเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคที่รุนแรงหรือโรคที่อยู่ในขั้นที่รักษาไม่หาย และเลือกกลับไปรักษาแบบประคับประคองที่บ้าน ผลการศึกษาพบประเด็น ดังนี้ การเป็นผู้ดูแลที่คอยดูแลหมายถึงได้ตอบแทนสิ่งที่มีคุณค่าต่อผู้สูงอายุ การเผชิญหน้ากับอุปสรรคและแก้ปัญหา หมายถึงได้ต่อสู้กับความหวาดกลัวที่เกิดขึ้น การรู้ซึ่งถึงการมีชีวิต หมายถึงได้อยู่ร่วมกันในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุ และการก้าวข้ามความรู้สึกผิดหมายถึงได้รับมือต่อความสูญเสียที่เกิดขึ้น เมื่อนำมาวิเคราะห์แล้วพบว่า ข้อค้นพบที่ได้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานเพื่อเป็นแนวทางพัฒนาการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบได้

ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร และคณะ (2563) ศึกษาความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัว ในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 73 รายเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยระยะท้ายที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง โรงพยาบาลตติยภูมิ แห่งหนึ่งในประเทศไทย ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2561 ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยความเครียดโดยรวมของผู้ดูแลในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาความเครียดรายด้าน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดในด้านสภาพร่างกายของผู้ป่วยมากที่สุด รองลงมาคือ ความเครียดด้านจิตใจ ความเครียดด้านครอบครัว เศรษฐกิจ สังคมและความเครียดด้านสิ่งแวดล้อม ตามลำดับ ผู้ดูแลในครอบครัวใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านมุ่ง

แก้ปัญหา และด้านจัดการกับอารมณ์ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านจัดการกับอารมณ์มากกว่าด้านมุ่งแก้ปัญหาเมื่อนำข้อค้นพบมาวิเคราะห์พบว่าสามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับวางแผนการพยาบาลเพื่อประเมินความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวใช้วิธีการเผชิญความเครียดทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและด้านการจัดการกับอารมณ์อย่างเหมาะสม และผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในต่างประเทศ พบดังต่อไปนี้

### งานวิจัยในต่างประเทศ

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบการศึกษาในประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้านจากประสบการณ์หรือมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัวค่อนข้างน้อย ได้แก่

Leow and Chan (2017) ศึกษาถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ประเทศสิงคโปร์ เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก 19 ราย ที่ให้การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้านเป็นผู้ป่วยที่ยังมีชีวิตอยู่ ผลการศึกษาพบ ผู้ดูแลในครอบครัวส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกเกี่ยวกับการดูแลนั้นเป็นเรื่องที่ทำทนาย เกิดความรู้สึกอารมณ์เชิงลบต่อการดูแล การค้นหาวิธีการรับมือการเปลี่ยนแปลง และการได้รับผลเชิงบวกในการเป็นผู้ดูแล ซึ่งข้อค้นพบวิธีการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงนั้นสามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมศักยภาพการให้ความรู้ และทักษะที่จำเป็นสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

นอกจากนี้ยังพบการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลในผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้าย และการดูแลในผู้ป่วยระยะเรื้อรังทั่วไป รายละเอียด ดังนี้

Sano et al. (2007) ทำการศึกษาถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ประเทศญี่ปุ่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน เป็นการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัวร่วมกับการได้รับบริการการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการส่งแบบสำรวจผ่านจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ (E-mail) ให้ผู้ให้ข้อมูลตอบแบบสอบถามทั้งหมด 112 ราย ซึ่งได้รับการตอบกลับจากผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 74 รายคิดเป็น 66% ของการได้รับการตอบกลับ เมื่อนำผลลัพธ์มาวิเคราะห์พบว่า 19 % เมื่ออยู่ที่บ้านผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายมีสุขภาพทางกายและจิตใจปกติ และ 75% พบว่าผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ได้กับการดูแลที่บ้านของคนในครอบครัวร่วมกับบริการการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยมีการเสียชีวิตที่บ้านอย่างสงบเนื่องจากบ้านเป็นการดูแลตามความปรารถนา

ของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและเป็นการดูแลที่เกิดจากสายสัมพันธ์ของผู้ดูแลในครอบครัว จากผลการสำรวจทำให้ทราบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความปรารถนากลับมาอยู่ดูแลต่อเนื่องที่บ้านมากขึ้นและมีความต้องการเสียชีวิตที่บ้านเพราะได้อยู่ท่ามกลางบุคคลคนในครอบครัวซึ่งเป็นบรรยากาศที่อบอุ่นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ (Good death) ซึ่งข้อค้นพบที่ได้ทำให้ทราบความปรารถนาที่แท้จริงของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่อไป

Doumit et al. (2008) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวชาวเลบานอนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป เป็นการศึกษาปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenological approach) เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก กึ่งโครงสร้าง ถอดเทปแบบคำต่อคำ คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 9 ราย ผลการศึกษาพบ ผู้ดูแลในครอบครัวมีชีวิตอยู่กับความกลัวและความไม่แน่นอน ความสุขของผู้ดูแลในครอบครัวหายไป ความรู้สึกถึงการมีหน้าที่เพิ่มมากขึ้น การมีชีวิตที่อยู่ในสถานการณ์ที่ถูกฉีก การแบ่งเบาความเจ็บปวด การบอกความจริงเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การมีชีวิตที่ถูกคุกคาม และการศรัทธาในพระเจ้า ซึ่งข้อค้นพบที่ได้เกี่ยวกับประสบการณ์การมีชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และมีประเด็นในเรื่องของความเชื่อต่อพระเจ้าซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวมีความแตกต่างจากบริบทของสังคมไทยที่ส่วนใหญ่เป็นคนไทยพุทธจึงไม่อาจถ่ายโอนข้อค้นพบของงานวิจัยนี้มาใช้กับบริบทของสังคมไทยได้

Linderholm and Friedrichsen (2010) ศึกษาประสบการณ์การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของผู้ดูแลในครอบครัว ทางภาคตะวันออกเฉียงใต้ของประเทศสวีเดน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบประคับประคองตั้งแต่ที่เจ็บป่วยจนผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว 3-12 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก มีการขออนุญาตบันทึกเทป และจดบันทึกภาคสนามเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธีการแบบเจาะจง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัว 14 ราย เป็นเพศชาย 5 ราย และเพศหญิง 9 รายที่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแบบประคับประคอง ใช้แนวคิดของ Gadamer และวิเคราะห์ข้อมูลตาม Hermeneutic analysis ข้อค้นพบที่ได้พบว่าการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องมีการเตรียมตัวในการดูแล ซึ่งการดูแลนั้นเป็นหน้าที่ทางศีลธรรม ใช้การแบ่งหน้าที่ของผู้ดูแลในครอบครัวและการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อให้กำลังใจกัน ความคุมความรู้สึกกลัว ความสับสนที่เกิดขึ้น พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเชิงลบ เกี่ยวกับการมีชีวิตที่โดดเดี่ยว รู้สึกเหมือนอยู่ตัวคนเดียว และมีสุขภาพที่ไม่ดี และจะเกิดความรู้สึกเชิงบวกเมื่อสามารถดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้ดี การตีความดังกล่าวช่วยให้เข้าใจเกี่ยวกับการดูแล ผลที่เกิดจากการดูแลซึ่งอาจนำมาเป็นส่วนในการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

Penner et al. (2012) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระยะลุกลามที่ได้รับการใส่สายยางเพื่อให้อาหาร เป็นงานที่ศึกษาปรากฏการณ์วิทยา แบบพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอในระยะลุกลามที่มีภาวะกลืนลำบากและได้ใส่สายยางให้อาหาร คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจงที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลจำนวน 6 ราย และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Spiegelberg ผลการศึกษาพบว่า สมาชิกในครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนหน้าที่ของตนเอง มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดำเนินชีวิตของปรับให้เหมาะสมกับการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว แสวงหาวิธีในการรับมือกับปัญหาที่เกิดจากการดูแล และการค้นหาความหมาย วิธีการในการให้อาหารทางสายยางแก่ผู้ป่วย ซึ่งข้อค้นพบเป็นการศึกษาที่มีความเฉพาะกลุ่มโรคผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ ข้อมูลที่ได้ทำให้ทราบถึงแก่นแท้ (Essence) ถึงประสบการณ์ของการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว แต่การศึกษานี้มุ่งเน้นไปที่บทบาทของการดูแลจะนำมาซึ่งข้อมูลพื้นฐานที่ใช้ประกอบการวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีภาวะกลืนลำบากและได้รับการใส่สายยางให้ได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

Martín et al. (2016) เป็นงานวิจัยเชิงการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบศึกษา ที่ศึกษาในประเด็นประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยการทบทวนงานวิจัยที่ตีพิมพ์ในปี 2000-2015 จากฐานข้อมูล CINAHL, PubMed, PsycINFO, Cochrane Library, SciELO and Dialnet พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 12 การศึกษา มีการศึกษาที่เข้าเกณฑ์อย่างน้อยเมื่อนำผลการศึกษาแต่ละงานวิจัยมาวิเคราะห์และสรุปผลการศึกษาพบได้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อทราบผลการวินิจฉัยจะเกิดความไม่แน่นอนของชีวิตและความตายของผู้ป่วย เมื่อต้องดูแลต่อเนื่อง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกถึงการมีภาระ การถูกจำกัดในการใช้ชีวิต เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยความสัมพันธ์อันดีกับผู้ป่วยและการให้ความสำคัญกับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ข้อค้นพบที่เกิดขึ้นจากการศึกษานั้นเป็นมุมมองที่เกิดขึ้นจากการที่ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในแต่ละระยะมีการดูแลที่แตกต่างกัน

Maree et al. (2018) ศึกษา ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวชาวแอฟริกาใต้ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป เป็นงานวิจัยคุณภาพเชิงบรรยาย เก็บข้อมูลด้วยการใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ดูแลในครอบครัวจำนวน 20 ราย ผลการศึกษาพบ 1) เรียนรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง การพร้อมความรู้เกี่ยวกับมะเร็ง การเรียนรู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคมะเร็ง 2) การดูแลเมื่อมีการเจ็บป่วย การปรับตัวเพื่อรับบทบาทเป็นผู้ดูแล การเป็นผู้ดูแลส่งผลต่อชีวิตวัยทำงาน ความรู้สึกและอารมณ์ที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแล 3) การมีชีวิตกับการรับมือที่ท้าทาย การรับมือกับความกลัว การรับมือกับการปรับเปลี่ยนรูปแบบชีวิต การจัดการกับความรู้สึกเป็นภาระ ข้อค้นพบดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึง

บทบาทและการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ที่ถือว่าเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องใช้เวลาในการดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานจึงมันเกิดปัญหาขึ้นในระหว่างที่ให้การดูแลผู้ป่วย การปรับตัว และการรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้นจึงเป็นข้อค้นพบที่สำคัญที่ได้จากการศึกษานี้ ที่อาจนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างครอบคลุม

Saleh and O'Neill (2018) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน ในราชอาณาจักรบาห์เรน เป็นการศึกษาปรากฏวิทยาแบบตีความของ Heideggerian เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 8 ราย มีการบันทึกเทปและถอดเทปแบบคำต่อคำ มีการตีความร่วมกันระหว่างผู้ให้ข้อมูลและตัวผู้วิจัย (Hermeneutic circle) ผลการศึกษาพบ 1) ผู้ดูแลรู้สึกถึงความมีภาระ ที่เกิดจากความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ภาระด้านค่าใช้จ่าย และความต้องการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ 2) การดูแลความสุขสบาย การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน และการดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย 3) การเผชิญปัญหา ด้วยความรักและศรัทธา การใช้กลยุทธ์ส่วนบุคคลเพื่อเผชิญปัญหา และการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งพบว่าข้อค้นพบส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว และสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้เผชิญเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านช่วยให้เข้าใจถึงความจริงที่เกิดขึ้นจากธรรมชาติของการดูแล สามารถนำมาบูรณาการในการช่วยออกแบบวิธีการและกิจกรรมในการส่งเสริมศักยภาพการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านได้

Hassankhani et al. (2020) ศึกษาอุปสรรคของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในผู้ป่วยมะเร็งทั่วไป เป็นการศึกษาด้วยวิธีวิจัยคุณภาพเชิงบรรยายในมุมมองผู้ดูแลในครอบครัว ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก กึ่งโครงสร้าง ร่วมกับการสังเกต คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 23 ราย ผลการศึกษาพบ ผู้ดูแลในครอบครัวการขาดคำแนะนำที่เพียงพอ ผู้ดูแลในครอบครัวขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ความไม่เข้าใจในบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน การขาดหลักประกัน มุมมองครอบครัวของการพยากรณ์โรค ไม่ไว้วางใจในบริการด้านสุขภาพ ความยากจน ผู้ดูแลในครอบครัวมีความรู้ไม่เพียงพอในการดูแล การได้รับคำแนะนำไม่เพียงพอ และความยากลำบากในการดูแล ข้อค้นพบดังกล่าวทำให้ทราบถึงปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคองที่บ้าน ที่พบเจอขณะให้การดูแล อาจสามารถนำข้อค้นพบมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวก่อนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยมีการเตรียมความพร้อมทั้งด้านความรู้ และทักษะให้สามารถเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นขณะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Kusi et al. (2020) ศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม ที่สาธารณรัฐชวา มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบกึ่งโครงสร้าง คัดเลือก

ผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง จำนวน 15 คน เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านมในระยะลุกลาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Colaizzi ผลการศึกษาพบว่า แรงจูงใจช่วยให้ผู้ดูแลคงบทบาทในการดูแล มีการดูแลผู้ป่วยด้วยการตอบสนองความต้องการด้านร่างกายและมีการสนับสนุนทางด้านจิตใจ และการดูแลในการจัดการอาการรวมถึงการเฝ้าติดตามเพื่อประเมินอาการของผู้ป่วย สิ่งที่ค้นพบเหล่านี้ช่วยให้ทราบถึงวิธีในการดูแลผู้ป่วยซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยต่อไป

Wu et al. (2020) ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านแบบประคับประคอง เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพรูปแบบทฤษฎีรากฐาน (Grounded theory) ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก บันทึกเทปเสียง ถอดเทปแบบคำต่อคำ ในผู้ดูแลหลักจำนวน 22 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลหลักในครอบครัวเรียนรู้ทักษะพื้นฐานเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่บ้าน มีการจัดการและการแบ่งหน้าที่การรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย การเตรียมเกี่ยวกับการเสียชีวิตและสถานที่ฝังศพ วัฒนธรรมเชิงลบเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่บ้าน การดูแลสนับสนุนเกี่ยวกับความสุขสบาย และการคงไว้ซึ่งการเป็นผู้ดูแลด้วยการให้กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ ห่วงใย ข้อค้นพบที่ได้เป็นกระบวนการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้บอกเล่าจากการประสบตรง ซึ่งกระบวนการดูแลดังกล่าวนี้เป็นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ดูแลในครอบครัวได้ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านที่มุ่งเน้นการดูแลเกี่ยวกับการเตรียมเกี่ยวกับการเสียชีวิตที่อาจจะเกิดขึ้นที่บ้านตามศาสนา ประเพณี และความเชื่อของผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีความแตกต่างกับบริบทของสังคมไทยจึงไม่อาจถ่ายโอนข้อค้นพบที่ได้มาใช้กับบริบทของสังคมไทยได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมสามารถสรุปได้ ดังต่อไปนี้

### สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่ายังมีการศึกษาน้อย การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าศึกษาการดูแลในผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายถึงประเด็นเรื่องสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล บทบาทปัญหาและอุปสรรค ความท้าทาย อารมณ์ การรับมือและสิ่งที่ได้รับจากการดูแล ซึ่งงานวิจัยในต่างประเทศมีความแตกต่างในเรื่องของวัฒนธรรม ความเชื่อ ศาสนา และรูปแบบการดำเนินชีวิตจึงไม่สามารถถ่ายโอนมาเป็นข้อมูลพื้นฐานของสังคมไทยได้ และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยยังขาดการศึกษาถึงประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านจากประสบการณ์หรือมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ป่วยระยะสุดท้ายจากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว มีการศึกษาในประเด็นบทบาทของญาติผู้ดูแลในสถานบริการแบบประคับประคอง ความต้องการของผู้ดูแล ความเครียด การตายอย่างสงบ และการดูแลแบบประคับประคอง จากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่ครอบคลุมประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว อันเป็นช่องว่างของความรู้ที่ควรศึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานที่เป็นประโยชน์ สำหรับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านซึ่งถือว่าเป็น

เรื่องที่มีความซับซ้อนเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวต้องปรับตัวเพื่อรับบทบาทในการดูแล หากผู้ดูแลในครอบครัวมีการปรับตัวได้ดีจะทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจและสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างภาคภูมิใจ แต่การดูแลที่ต่อเนื่องและยาวนานย่อมส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความเหนื่อยล้า บางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวบางรายอยากถอนตัวจากบทบาทของการเป็นผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ดังนั้นหากมีการศึกษาเชิงลึกถึงการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้าน ด้วยการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาการตีความจะทำให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ดังกล่าวได้อย่างลุ่มลึก ช่วยให้เข้าใจปัญหาต่างๆที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญ กิจกรรมการดูแลที่บ้าน ความยากลำบากในการดูแล และการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแล ซึ่งข้อค้นพบต่างๆจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และได้ข้อมูลพื้นฐานสำหรับเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังระยะลุกลามที่บ้าน และนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาสู่งานวิจัยรูปแบบอื่นๆ



### บทที่ 3

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความของ Martin Heidegger เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทป สังเกต การบันทึกภาคสนาม การลงพื้นที่เก็บข้อมูลที่บ้าน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลตามขั้นตอนของ van Manen (1990) ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังนี้

#### 1. พื้นที่ในการศึกษา (Setting)

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ คือ หน่วยมะเร็งวิทยา เป็นแผนกผู้ป่วยนอกที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ประกอบด้วยมะเร็งด้านอายุรกรรม ศัลยกรรมและสูติกรรม จะรวมอยู่ในหน่วยนี้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่มาตรวจติดตามอาการและรับการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเคมีบำบัด และเป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล หน่วยมะเร็งวิทยาอยู่ในกำกับของโรงพยาบาลวชิรพยาบาล ซึ่งเป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในกำกับของกรุงเทพมหานคร

#### 2. การได้มาและการเข้าถึงผู้ให้ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการขออนุญาตการเก็บข้อมูลตามขั้นตอนการขออนุมัติการทำวิจัยในคนของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาลเมื่อได้รับการอนุมัติแล้วผู้วิจัยลงพื้นที่ศึกษาคือหน่วยมะเร็งวิทยา ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย พร้อมกับคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลแก่หัวหน้าพยาบาลหน่วยมะเร็งวิทยา และพยาบาลประจำหน่วยมะเร็งวิทยา (Gate keeper) เป็นผู้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูล และประสานงานกับผู้ให้ข้อมูลแล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย บอกถึงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับและขอความร่วมมือในการทำวิจัย หากผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นขั้นตอนต่อไป



### 3. ผู้ให้ข้อมูล (Key informants)

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัว (Family caregiver) ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 13 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ

1) เป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง

2) ถูกระบุจากผู้ป่วยว่าเป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ที่ให้การดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและใช้เวลาสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

3) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในระหว่างเจ็บป่วยที่บ้านตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล

4) มีสติสัมปชัญญะ สื่อสารภาษาไทยได้

5) มีความสนใจและยินดีเป็นผู้ให้ข้อมูล

จากการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 13 ราย ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกมีด้วยกัน 2 รูปแบบคือ การสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้า และการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการโทรศัพท์ ใช้เวลาในการสัมภาษณ์อยู่ระหว่าง 29 ถึง 75 นาที (ภาคผนวก ค) โดยรวมแล้วมีการสัมภาษณ์ทั้งหมด 29 ครั้ง ดังนี้

1) สัมภาษณ์แบบเผชิญหน้ารวมทั้งหมด 17 ครั้งแบ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าที่ห้องให้คำปรึกษา 13 รายซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ครั้งแรก และการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้าที่บ้านของผู้ให้ข้อมูล 4 ราย (ID8,ID10,ID11,ID13) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2

2) สัมภาษณ์ด้วยวิธีการโทรศัพท์รวมทั้งหมด 12 ครั้งแบ่งเป็นการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการโทรศัพท์ในครั้งที่ 2 มีจำนวน 9 ราย (ID1,ID2,ID3,ID4,ID5,ID6,ID7,ID9,ID12) และการสัมภาษณ์ด้วยวิธีการโทรศัพท์ในครั้งที่ 3 มีจำนวน 3 ราย (ID1,ID2,ID3) ซึ่งข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลผู้วิจัยขอเสนอ ดังแสดงในตารางที่ 1 ต่อไป

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

รหัสผู้ให้ ข้อมูล	อายุ (ปี)	เพศ	ความสัมพันธ์กับ ผู้ป่วย	ระดับ การ ศึกษา	อาชีพ	รายได้ เฉลี่ยของ ครอบครัว (บาท/เดือน)	ระยะ เวลาใน การดูแล (เดือน)	ตำแหน่งมะเร็ง ของผู้ป่วย
ID 1	48	หญิง	อา	ม.3	แม่ค้าขาย ขนมปัง/ร้อย พวงมาลัยส่ง	20,000	5	กระเพาะ ปัสสาวะ
ID 2	55	หญิง	ภรรยา	ม.3	รับจ้างทั่วไป	10,000- 20,000	6	ตับ
ID 3	57	ชาย	สามี	ม.3	ไม่ได้ทำงาน	15,000	24	ลำไส้
ID 4	70	ชาย	สามี	ปริญญา ตรี	ข้าราชการ ตำรวจ เกษียณ	100,000	36	เต้านม
ID 5	50	หญิง	บุตร	ม.3	แม่ค้า	50,000	3	ลำไส้
ID 6	39	หญิง	บุตร	ปริญญา โท	ผู้จัดการ ธุรกิจ/เลขา	150,000	4	ปอด
ID 7	45	หญิง	มารดา	ม.6	ช่างทำผม	50,000	60	สมอง
ID 8	26	ชาย	บุตร	ปวส.	หัวหน้า คนงาน ก่อสร้าง	30,000	24	ปอด
ID 9	43	ชาย	สามี	ปริญญา ตรี	ผู้จัดการ ร้านค้า	32,000	6	ลำไส้
ID 10	60	หญิง	ภรรยา	ม.6	ไม่ได้ทำงาน	30,000	24	ลำไส้
ID 11	45	หญิง	บุตร	ม.6	พนักงาน กวาดถนน ของ กทม .	30,000	36	มดลูก
ID 12	39	หญิง	ภรรยา	ปริญญา ตรี	พนักงาน บริษัท	25,000	36	ศีรษะและคอ
ID 13	41	หญิง	ภรรยา	ม.3	ร้อย พวงมาลัยส่ง	12,000	5	ลำไส้

ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษานี้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ  
ลุกลามที่บ้านจำนวน 13 ราย อายุอยู่ระหว่าง 26-70 ปี เพศหญิง 9 ราย เพศชาย 4 ราย  
มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นคู่สามีภรรยา 7 ราย เป็นบุตรของผู้ป่วย 4 ราย เป็นมารดาของผู้ป่วย 1  
ราย และเป็นญาติที่มีความสัมพันธ์เป็น อา 1 ราย ผู้ให้ข้อมูลทุกรายนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ระดับ  
การศึกษามัธยมศึกษา 3 จำนวน 5 ราย มัธยมศึกษา 6 จำนวน 3 ราย ปวส. จำนวน 1 ราย ปริญญา

ตรี จำนวน 3 ราย และปริญญาโทจำนวน 1 ราย ประกอบอาชีพแม่ค้าขายขนมปัง/ร้อยพวงมาลัยส่ง 1 ราย รับจ้างทั่วไป 1 ราย ไม่ได้ประกอบอาชีพ 2 ราย เนื่องจากได้รับเงินจากบุตรส่งมาให้ใช้จ่าย ข้าราชการเกษียณ 1 ราย แม่ค้า 1 ราย ผู้จัดการธุรกิจ 1 ราย ช่างทำผม 1 ราย หัวหน้าคนงานก่อสร้าง 1 ราย ผู้จัดการร้านค้า 1 ราย พนักงานกวาดขยะ 1 ราย พนักงานบริษัท 1 ราย และร้อยพวงมาลัยส่ง 1 ราย มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำสุดอยู่ที่ 10,000 บาท สูงสุดอยู่ที่ 150,000 บาท รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ในช่วง 15,000-30,000 บาท ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 3 ถึง 60 เดือน ชนิดของมะเร็งที่ผู้ให้ข้อมูลดูแลมีมะเร็งลำไส้จำนวน 5 ราย มะเร็งปอดจำนวน 3 ราย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะจำนวน 1 ราย มะเร็งตับจำนวน 1 ราย มะเร็งมดลูกจำนวน 1 ราย มะเร็งเต้านมจำนวน 1 ราย มะเร็งศีรษะและคอ 1 ราย มีการสัมภาษณ์เฉลี่ยรายละ 2-3 ครั้ง

#### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัยนั้น ประกอบไปด้วย ตัวผู้วิจัยและเครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดดังนี้

4.1 ตัวผู้วิจัย เป็นเครื่องมือในการวิจัย (Researcher as instrument) ที่สำคัญที่สุด (อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2559) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล เพราะการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นการให้บุคคลสัมผัสกับบุคคลอื่นโดยตรง ด้วยการพูดคุย สัมภาษณ์ จดบันทึกภาคสนาม และการสังเกตเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ครอบคลุมและเชื่อถือได้ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม และมีการเตรียมความพร้อมก่อนการทำวิจัย ดังนี้

4.1.1 ตัวผู้วิจัยเป็นพยาบาลประจำการหอ มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง เป็นเวลาประมาณ 6 ปี ให้การดูแลและติดตามดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยมีความเข้าใจถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน นอกจากนี้ผู้วิจัยยังมีสัมพันธภาพอันดีกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวอันจะนำมาซึ่งการได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูล

4.1.2 การเตรียมความพร้อมด้านความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยได้ลงทะเบียนเรียนรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพการพยาบาล (3600626) ในชั้นเรียนของนิสิตระดับปริญญาโท หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 3 หน่วยกิต ระหว่างเรียนในชั้นเรียน หากผู้วิจัยพบข้อสงสัยจะขอรับคำปรึกษาจากคณาจารย์ผู้สอน นอกจากนี้วิทยากรพิเศษที่บรรยายในชั้นเรียน ซึ่งล้วนแล้วแต่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล สำหรับนอกชั้นเรียนผู้วิจัยได้เข้าร่วมอบรมวิจัยเชิงคุณภาพ มีการค้นคว้าจากตำรา หนังสือ งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาปรากฏการณ์วิทยา ทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศด้านการทำวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล

4.1.3 การเตรียมความพร้อมด้านความไวเชิงทฤษฎี ผู้วิจัยได้ทำการศึกษา ค้นคว้า เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัว แนวคิดเกี่ยวกับปรากฏการณ์ วิทยา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องจากหนังสือ ตำรา วารสาร สื่ออิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ผู้วิจัยมีความพร้อมและไม่หลงประเด็นเมื่ออยู่ในสนามวิจัย

4.1.4 การเตรียมความพร้อมด้านการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ศึกษาในรายวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล (3600626) เกี่ยวกับการฝึกฝนทักษะและการสร้างแนวคำถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การฝึกเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้มีประสบการณ์การสัมภาษณ์เชิงลึกในห้องเรียน ซึ่งมีคณาจารย์ผู้สอนคอยให้คำชี้แนะตลอดการฝึกในชั้นเรียน และได้ลงพื้นที่จริงโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นการศึกษานำร่อง (Pilot study) กับผู้ให้ข้อมูลจริงจำนวน 3 ราย เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ทำให้ผู้วิจัยได้ฝึกฝนทักษะการสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล พร้อมทั้งการถอดความจากเทปบันทึกเสียงแบบคำต่อคำฝึกฝนการจดบันทึกภาคสนาม ฝึกฝนการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูล ฝึกฝนการสรุปและอภิปรายผลการศึกษา เมื่อผู้วิจัยเกิดข้อสงสัย หรือพบเจอปัญหาอุปสรรคผู้วิจัยได้ขอคำชี้แนะจากอาจารย์ผู้สอนตลอดการศึกษา นำร่อง ทั้งนี้หลังได้ผลการศึกษา นำร่องแล้วได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้เรียนรายอื่นๆ ในชั้นเรียนซึ่งช่วยให้ผู้วิจัยเกิดความรู้ ทักษะและความเข้าใจมากยิ่งขึ้น

4.1.5 การเตรียมแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เชิงลึก การเตรียมแนวคำถามในการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยสร้างแนวคำถามจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่ออยู่ที่บ้าน ซึ่งเป็นแนวคำถามที่เปิดกว้างเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบได้อย่างอิสระไม่มีผิดไม่มีถูก ปรับความยืดหยุ่นตามการสนทนาและเมื่อผู้วิจัยได้ลงพื้นที่จริงในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งที่สิ้นสุดลงผู้วิจัยจะนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำและทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบและแก้ไขในส่วนที่มีความบกพร่องของการตั้งคำถาม ใช้เทคนิคในการสัมภาษณ์ ปรับเปลี่ยนและเพิ่มเติมข้อคำถามให้มีความสอดคล้องกับผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายเพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพและมีรายละเอียดมากยิ่งขึ้น

4.2 เครื่องช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล นอกจากการเตรียมความพร้อมของตัวผู้วิจัยเองแล้ว ซึ่งถือเป็นเครื่องมือหลักที่สำคัญในการวิจัยเชิงคุณภาพ การเลือกใช้เครื่องมือที่ช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลก็เป็นสิ่งที่มีความสำคัญเช่นกัน อันประกอบด้วย

4.2.1 เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล (Digital recorder) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล บันทึกเสียงคำสนทนาขณะทำการสัมภาษณ์ เช่น โทรศัพท์มือถือ และ Ipad ที่มีการตั้งค่ารหัสไว้โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทราบรหัสสำหรับปลดล็อคเครื่องเพียงผู้เดียว

4.2.2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (Face sheet) ประกอบด้วย รหัสผู้ให้ข้อมูล อายุ (ปี) เพศ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว (บาท/เดือน) จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล(เดือน) และตำแหน่งของมะเร็ง

4.2.3 แบบบันทึกภาคสนาม (Field note) เพื่อบันทึกรายละเอียดของการสัมภาษณ์ บรรยายเหตุการณ์ ความคิด ความรู้สึก ปัญหาที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย

4.2.4 แบบบันทึกการถอดเทป สำหรับบันทึกข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยการถอดความแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) และใช้ในการลงรหัสเบื้องต้น

4.2.5 แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์ เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล เป็นแนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดของการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นแนวคำถามอย่างกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามในการสัมภาษณ์ดังนี้

คำถามเกริ่นนำ

- 1) เริ่มมาดูแลผู้ป่วยเมื่อไร
- 2) เพราะอะไรถึงรับหน้าที่หลักในการดูแล

คำถามหลัก

- 1) กรุณาเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขณะอยู่ที่บ้าน
- 2) ช่วยบอกความรู้สึกที่ได้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขณะอยู่ที่บ้าน

คำถามเจาะลึกเพื่อเพิ่มเติมเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์

ใช้เทคนิคการทวนความ การสรุปความและการสะท้อนความคิด เช่น ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ... ท่านช่วยยกตัวอย่างเกี่ยวกับ... หลังจากนั้นท่านทำอะไร... แล้วเกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น... แล้วท่านตัดสินใจอย่างไรต่อไป... เพราะเหตุใดถึงคิด...เช่นนั้นครับ (รู้สึกอย่างนั้น) มีอะไรอีกบ้าง... ไหมครับที่เกิดขึ้นและได้เรียนรู้จากการดูแลครั้งนี้ ที่เล่า... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...อย่างไรครับ(ประเด็นที่ต้องการ)

## 5. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ได้มีมติรับรองโครงการวิจัย เมื่อวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 เลขที่ COA 114/2565 (ภาคผนวก ก) ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล โดยคำนึงถึงข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ทั้ง 3 หลักการ คือ 1) หลักการเคารพในบุคคล 2) หลักคุณประโยชน์ และ 3) หลักยุติธรรม ดังนี้

5.1 หลักการเคารพในบุคคล (Respect for person) มีการขอคำยินยอมโดยบอกกล่าว และให้อิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย (Respect for free and informed consent) ผู้วิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยและให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย ผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้โดยสมัครใจ หรือขอถอนตัวโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล ซึ่งไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

5.2 หลักการให้คุณประโยชน์ (Beneficence) ผู้วิจัยคำนึงถึงความเสี่ยง (Balancing risk) ที่อาจจะเกิดขึ้นซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกอาจจะมี ข้อคำถาม หรือข้อความที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่สบายใจได้ ซึ่งผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถปฏิเสธการตอบคำถาม หรือยุติการเข้าร่วมการวิจัยได้ โดยผู้วิจัยจะพูดลอบประโลมใจ รับฟังผู้ให้ข้อมูลระบายความรู้สึกไม่สบายใจ หากไม่ดีขึ้นผู้วิจัยจะส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยา หรือทีมสุขภาพจิต

5.3 หลักความยุติธรรม (Justice) คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกโดยปราศจากอคติหรือความลำเอียงในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล

## 6. การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยใช้แนวการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแนวคำถามที่สร้างขึ้น ร่วมกับการสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม โดยขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนรายละเอียดดังต่อไปนี้

6.1 ภายหลังจากการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ผู้วิจัยทำหนังสือเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ณ หน่วยงานเร่งรัดวิทยา

6.2 ผู้วิจัยลงพื้นที่ที่ศึกษา คือหน่วยงานเร่งรัดวิทยา เพื่อชี้แจงรายละเอียดต่างๆ เกี่ยวกับโครงการวิจัย เช่น วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัย วิธีการดำเนินการวิจัยและคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูลตามเกณฑ์การคัดเลือกอย่างละเอียดแก่หัวหน้าพยาบาล หน่วยงานเร่งรัดวิทยา และพยาบาลประจำการหน่วยงานเร่งรัดวิทยา (Gate keeper) ซึ่งเป็นผู้ที่มีสัมพันธภาพอันดีกับผู้ให้ข้อมูลและทราบข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยเป็นอย่างดี ช่วยในการคัดเลือกและประสานผู้ให้ข้อมูลให้กับผู้วิจัย

6.3 ผู้วิจัยเข้าพบผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย บอกถึงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลจะได้รับและขอความร่วมมือในการทำวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงให้ผู้ให้ข้อมูลทราบว่าการศึกษานี้ขึ้นอยู่กับความสมัครใจ ไม่มีข้อบังคับ หากผู้ให้ข้อมูลมีความยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย และเริ่มทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้เวลาประมาณ 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือน มิถุนายน-กันยายน 2565 ซึ่งขณะสัมภาษณ์ผู้วิจัยปฏิบัติดังนี้

6.3.1 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนที่ 1 คือ ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล คือผู้ดูแลในครอบครัวที่ใช้การซักถาม เป็นข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ อายุ(ปี) เพศ (ชาย หญิง) ศาสนา (พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่นๆ...) สถานภาพสมรส(โสด คู่ หย่า แยก) ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล(เดือน) และตำแหน่งมะเร็งของผู้ป่วย

6.3.2 ทำการเก็บข้อมูลในส่วนที่ 2 คือการสัมภาษณ์เชิงลึก ถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ใช้แนวคำถามที่สร้างขึ้นพร้อมกับเสียงสัมภาษณ์ ร่วมกับการสังเกตและจดบันทึกภาคสนาม และในทุกๆครั้งที่ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยคำนึงถึงหลักจริยธรรมและมีการปฏิบัติอย่างเคร่งครัดต่อผู้ให้ข้อมูล มีการปรับคำถามในขณะที่สัมภาษณ์เพื่อความรื่นไหลตามข้อมูลที่ได้

6.3.3 การเก็บข้อมูลในส่วนที่ 3 การบันทึกภาคสนาม ผู้วิจัยได้ทำการจดบันทึกประเด็นต่างๆที่เกิดขึ้นในสนามวิจัย ซึ่งได้แจ้งผู้ให้ข้อมูลและขออนุญาตเรื่องการจดบันทึกภาคสนามเรียบร้อยแล้ว เป็นการจดบันทึกข้อมูลในประเด็นสำคัญแบบย่อๆ เป็นหัวข้อ ประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเพิ่มเติม พฤติกรรมต่างๆที่ผู้ให้ข้อมูลแสดงออก บรรยากาศต่างๆ และในการไปสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีการจดบันทึกเขียนบรรยายลักษณะบ้านที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูลไว้เพื่อให้เกิดความเข้าใจในข้อมูลที่ได้รับอย่างลุ่มลึก (ภาคผนวก ข) และบันทึกเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นขณะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ ความรู้สึกของผู้วิจัย และการแก้ไขปัญหา

6.3.4 การสิ้นสุดการสัมภาษณ์ในแต่ละครั้ง ผู้วิจัยพิจารณาระยะเวลาแต่ละครั้งตามความเหมาะสมและความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล โดยการสังเกตถึงพฤติกรรมที่แสดงออกมา การตอบคำถามที่อาจจะแสดงถึงความไม่พร้อมในการสัมภาษณ์ต่อ รวมทั้งความเพียงพอของปริมาณข้อมูลที่ได้ว่ามีความอึดตัวหรือไม่ คือ มีแบบแผนของข้อมูลซ้ำเติม ไม่พบประเด็นใหม่ๆเกิดขึ้น และทุกครั้งก่อนจบการสัมภาษณ์ผู้วิจัยกล่าวสรุปถึงสิ่งที่ได้จากสนามวิจัยให้แก่ผู้ให้ข้อมูลรับทราบอย่างคร่าวๆ ก่อน และทำการนัดหมายสำหรับการสัมภาษณ์ครั้งถัดไปในกรณีที่มีข้อมูลยังไม่อึดตัว โดยที่ให้เป็นไปตามความสะดวกของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบพระคุณผู้ให้ข้อมูลที่ให้ความร่วมมือและให้ความกรุณาที่สละเวลามาให้สัมภาษณ์ในครั้งนี้

## 7. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้ได้ใช้แนวทางการวิเคราะห์ข้อมูลของ van Manen (1990) มาประยุกต์ใช้ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน โดยมีรายละเอียดดังนี้

ขั้น ตอนที่ 1 Reflecting on the essential themes which characterize the phenomenon การสะท้อนเพื่อนำไปสู่ประเด็นสำคัญที่บ่งบอกถึงลักษณะของปรากฏการณ์ การให้

ความหมายหรือแก่นแท้ของประสบการณ์ สามารถใช้การสื่อสารเรื่องราวที่รับรู้สู่การรวบรวมเรื่องราวให้เป็นระบบ โดยการจัดกลุ่มความหมาย หรือประเด็นที่สำคัญ และสิ่งเหล่านั้นอาจเป็นแก่นสำคัญของเนื้อหาทั้งหมด มีขั้นตอนสำคัญที่เป็นแ่งมุมของปรากฏการณ์นั้นๆ สะท้อนและนำไปสู่ประเด็นหลัก อันประกอบด้วย 3 ขั้นตอนดังนี้

1.1 Seeking meaning ผู้วิจัยหาความหมายของข้อความแต่ละส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์รวมถึงแหล่งข้อมูลอื่นๆ ได้แก่ บทสัมภาษณ์ถอดเทป การสังเกตและการจดบันทึกภาคสนาม โดยที่ผู้วิจัยอ่านทวนข้อมูลที่ได้กลับไปกลับมาหลายครั้งเพื่อให้เกิดความเข้าใจ โดยครั้งแรกอ่านอย่างคร่าวๆเพื่อให้เกิดความเข้าใจโดยรวมก่อน หลังจากนั้นอ่านเพื่อคัดเลือกใจความที่ตรงประเด็นกับปรากฏการณ์ที่ศึกษา แล้วเน้นคำขีดด้วยสีเอาไว้ อ่านอีกครั้งเพื่อหาประโยคและสกัดเอาลักษณะที่สำคัญออกมา พร้อมกับเขียนกำกับไว้ในแต่ละบทสนทนา

1.2 Isolating thematic statements ขั้นตอนนี้เป็นกระบวนการแยกย่อยข้อมูลเปรียบเทียบและตรวจสอบข้อมูล ในลักษณะการวิเคราะห์ข้อมูลแบบบรรทัดต่อบรรทัด วลีต่อวลี และคำต่อคำ แล้วดำเนินการจัดข้อมูลเป็นหมวดหมู่ จัดประเด็นหลักและประเด็นย่อย โดยนำส่วนที่คล้ายคลึงกันมารวมกันเพื่อไม่ให้ข้อมูลที่ได้กระจัดกระจายให้เป็นหมวดหมู่เพื่อผูกให้เป็นเรื่องราวเดียวกัน

1.3 Determining Incidental and Essential Themes การตัดสินใจเลือกประเด็นหลักและประเด็นรอง ในการพิจารณาว่าประเด็นใดควรเป็นประเด็นหลัก (Essential themes) คือ 1. ปรากฏการณ์จะยังคงเดิมหรือไม่ หากเราเปลี่ยนหรือลบประเด็นสำคัญนั้นทิ้งไปจากปรากฏการณ์ และ 2. ปรากฏการณ์ที่ปราศจากประเด็นสำคัญในข้อที่ 1. จะสูญเสียความหมายพื้นฐานหรือไม่ หากเข้าเกณฑ์ทั้งสองข้อ ประเด็นดังกล่าวก็ถือว่าเป็นประเด็นหลักของข้อค้นพบ

ขั้นตอนที่ 2 Describing the phenomenon through the art of writing and rewriting การเขียนบรรยายปรากฏการณ์ที่ศึกษาออกมาผ่านศิลปะการเขียนและการทบทวนการเขียน ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัย เป็นลักษณะการเขียนในการนำเสนอมุมมองของประสบการณ์ชีวิตนั้นๆ ตามที่เป็นจริง เขียนบรรยายตามประเด็นหลักและประเด็นย่อยเพื่อให้ผู้อ่านเข้าใจในปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านจากมุมมองของผู้ดูแลในครอบครัว ใช้ภาษาที่ชัดเจนและเข้าใจง่าย (Attending to the Speaking of Language) สะท้อนปรากฏการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวให้มากที่สุด เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จแล้วผู้วิจัยนำข้อค้นพบที่ได้มาตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล ดังต่อไปนี้



## 8. การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

ผู้วิจัยตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูลตามวิธีการของ Guba and Lincoln (1989) อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี (2559) ประกอบด้วยการตรวจสอบดังนี้

### 8.1 ความน่าเชื่อถือ (Credibility)

8.1.1 ผู้วิจัยใช้เวลาในสนามวิจัยที่ศึกษานานเพียงพอ (Prolonged Engagement) เนื่องจากผู้วิจัยเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล เป็นระยะเวลา 6 ปี และได้ไปช่วยปฏิบัติงานที่หน่วยมะเร็งวิทยาอยู่ประจำ ไปช่วยในการซักประวัติ ให้คำแนะนำในการรับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ให้คำแนะนำหลังพบแพทย์ รวมถึงให้คำแนะนำเพื่อการขึ้นไปตึกเพื่อนอนโรงพยาบาล ผู้วิจัยมีการเข้าใจบริบทของการทำงานที่หน่วยมะเร็งวิทยาเป็นอย่างดี เนื่องจากด้วยหน่วยมะเร็งวิทยาและหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A เป็นหน่วยงานในสายงานที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดเหมือนกัน ทั้ง 2 หน่วยงานมีการทำงานร่วมกันจึงทำให้ผู้วิจัยสามารถติดต่อประสานงานกับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

8.1.2 ผู้วิจัยใช้การสังเกตสถานการณ์ที่ศึกษา (Persistent observation) ที่มากพอในการสังเกตประสบการณ์ที่ศึกษา เพื่อให้ได้ประเด็นที่สำคัญ ให้ได้ข้อมูลเชิงลึก สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวและพบประเด็นที่สำคัญในปรากฏการณ์ที่ศึกษา จึงก่อให้เกิดการสังเกตที่ติดต่อกันเป็นระยะเวลาที่มากพอในการศึกษาครั้งนี้

8.1.3 การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบข้อมูลจาก ข้อมูลจากคำสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม สีน้า แววดา น้ำเสียง อากัปกริยาของผู้ให้ข้อมูล และเอกสารที่เกี่ยวข้องกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ว่ามีความถูกต้องตรงกัน

8.1.4 การตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer debriefing) ผู้วิจัยได้นำข้อค้นพบที่ได้เสนอต่อผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์และความรู้ด้านงานวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาลในการศึกษาวิจัยนี้ได้ผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 3 ท่าน ผลการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิได้แนะนำให้เพิ่มเติมประเด็นในการดูแล และใช้คำให้มีความกระชับประเด็นมากยิ่งขึ้น ผู้วิจัยได้ปรับแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ อีกทั้งผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นระยะ ตั้งแต่การถอดเทปแบบคำต่อคำ การกำหนดรหัสเบื้องต้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบ ปรับแก้ตามคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาสำหรับการสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูลครั้งถัดไป

8.1.5 การตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Member checks) ผู้วิจัยนำข้อความที่ได้จากการถอดเทปและข้อสรุปเบื้องต้น (Preliminary themes) กลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบเนื้อหาและแสดงความคิดเห็นกับผู้ให้ข้อมูลที่ยินดีตรวจสอบให้จำนวน 5 ราย ทางแอปพลิเคชันไลน์ หากผู้ให้

ข้อมูลมีข้อสงสัยหรือข้อเสนอแนะเพิ่มเติมผู้วิจัยจะขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลโทรเพื่ออธิบายเพิ่มเติมหรือขอคำแนะนำ ซึ่งพบผู้ให้ข้อมูลทั้ง 5 รายอ่านข้อความจากการถอดเทปแล้วไม่มีข้อเสนอแนะ ส่วนข้อสรุปเบื้องต้นมีผู้ให้ข้อมูล 2 รายมีข้อสงสัย คือ ทั้ง 2 รายสงสัยเกี่ยวกับข้อสรุปในเรื่องของอาหาร ผู้วิจัยจึงได้โทรติดต่อเพื่ออธิบายเพิ่มเติม หลังอธิบายแล้วพบว่าผู้ให้ข้อมูลเข้าใจและไม่มีเพิ่มเติมหรือแก้ไขข้อมูล

8.2 ความสามารถในการถ่ายโอน (Transferability) คือ ความสามารถในการอ้างอิงไปยังประชากรกลุ่มอื่น ซึ่งในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพนี้ ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง และมีจุดมุ่งหมายที่จะถ่ายโอนข้อมูลการวิจัยไปสู่ประชากรกลุ่มอื่น หากแต่จะมุ่งนำเสนอข้อมูลที่มีความลุ่มลึก ละเอียดครบถ้วน ถูกต้อง และครอบคลุมประเด็นที่ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาครั้งนี้ให้มากที่สุด เพื่อที่จะใช้ในการอ้างอิงไปยังปรากฏการณ์ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับการศึกษาวิจัยครั้งนี้เพียงเท่านั้น ซึ่งเมื่อผู้อ่านเข้าใจเรื่องราวและมองเห็นภาพของประสบการณ์ดังกล่าวจนเกิดความเข้าใจดีแล้ว ผู้อ่านจะเป็นผู้พิจารณาและตัดสินใจนำผลการวิจัยไปสู่การประยุกต์ใช้ในบริบทที่มีความคล้ายคลึงกันมากที่สุดด้วยตนเอง

8.3 ความสามารถในการพึ่งพา (Dependability) คือ การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการเชื่อมจากแหล่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต การจดบันทึกภาคสนามในระหว่างการสัมภาษณ์ เพื่อการเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างแท้จริง ทำการตรวจสอบข้อมูลโดยผ่านการวิเคราะห์ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อเป็นการลดความลำเอียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการที่ผู้วิจัยเป็นผู้วิเคราะห์ข้อมูลเพียงผู้เดียว

8.4 ความสามารถในการยืนยัน (Confirmability) เป็นความสามารถในการยืนยันผลการวิจัยที่เกิดขึ้นจากข้อมูลและการตรวจสอบซ้ำของข้อมูลด้วยความเป็นกลาง ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินการดังต่อไปนี้

8.4.1 ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลและบันทึกข้อมูลที่ได้อย่างเป็นระบบ สามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การบันทึกเสียงและการถอดเทปแบบคำต่อคำด้วยตนเอง

8.4.2 การตรวจสอบข้อมูลดิบ โดยการตรวจสอบจากการฟังเทปบันทึกเสียงซ้ำไปซ้ำมาจนเกิดความเข้าใจ มากกว่า 2 ครั้งขึ้นไป ใช้การตรวจสอบร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการจดบันทึกภาคสนาม ว่าข้อมูลที่ได้อาจถูกต้อง ตรงหรือแตกต่างกันหรือมีความสอดคล้องกันหรือไม่

8.4.3 การตรวจสอบการวิเคราะห์ข้อมูล โดยผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศเพื่อที่จะใช้นำมาสนับสนุนข้อค้นพบที่ได้ในการศึกษาครั้งนี้ว่ามีความสอดคล้องหรือไม่สอดคล้องกันหรือไม่ อย่างไร

8.4.4 การตรวจสอบการพัฒนาข้อสรุป ตรวจสอบได้จากการวิเคราะห์ การให้รหัส และการจัดกลุ่มคำ ผู้วิจัยใช้วิธีการอ้างอิงคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอในประเด็นต่างๆ โดยผู้วิจัยใช้ถ้อยคำของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุดและอาจจะมีการตัดคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลออกเล็กน้อยในกรณีที่จำเป็นเท่านั้นเพื่อไม่ให้เกิดการสื่อความหมายผิดเพี้ยนไป และจะใช้การตีความเพื่อให้เกิดการสะท้อนความคิด ความรู้สึกหรืออารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลอย่างลุ่มลึก

8.4.5 การตรวจสอบการสรุปข้อมูลต่างๆ จากการใช้รหัสข้อมูล (Coding) การจัดกลุ่มข้อมูล (Category) การสรุปประเด็น (Theme) ที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ได้รับการทบทวน และตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมด้วย



## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ (Hermeneutic phenomenology) ตามแนวคิดของ Martin Heidegger (1962) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ตามมุมมองการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ตรง เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์เฉลี่ย 52 นาที ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนามและลงพื้นที่ไปสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลจำนวน 4 ราย แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำออกมาเป็นตัวอักษร ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บรวบรวมข้อมูลตามวิธีการของ van Manen (1990) ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลจำนวน 13 ราย เนื่องจากข้อมูลที่ได้มีความอิ่มตัว (Data saturation) ผู้วิจัยได้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่มีความหลากหลายเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่แตกต่างกัน เมื่อผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์แล้วสามารถแบ่งผลการวิเคราะห์ออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว และส่วนที่ 2 ประเด็นประสบการณ์ที่มีร่วมกันของผู้ดูแลในครอบครัว (Common themes) ได้ดังต่อไปนี้

**ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก ดังนี้**

- 1) ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน
- 2) ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้

**ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้**

**ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน**

- 1.1) การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย
- 1.2) การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย
  - 1.2.1) การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์
  - 1.2.2) การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง
  - 1.2.3) การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบที่พึงพอใจ
- 1.3) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย
- 1.4) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย
  - 1.4.1) กำลังใจและความปลอดภัยจากครอบครัว

1.4.2) การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด

1.4.3) ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย

1.5) การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา

1.6) การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย

## ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน

2.1) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว

2.1.1) การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน

2.1.2) การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล

2.2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ

2.3) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน

## ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล

3.1) เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล

3.2) เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ

3.3) ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ

สำหรับเนื้อหาผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่บรรยายไว้ในบทที่ 4 นี้ เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน ผู้วิจัยมีการใช้สัญลักษณ์ในตัวอย่างคำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

(ข้อความ) หมายถึง คำอธิบายเพิ่มเติมของผู้วิจัย

... หมายถึง การนำเนื้อหาประเด็นเดียวกันจากหน้าอื่นมาต่อกัน

(ID1T1F) หมายถึง คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 1 (ID1)

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 (T1) ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง (F)

(ID3T1M) หมายถึง คำสัมภาษณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่ 3 (ID3)

การสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 (T1) ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง (M)

xxx หมายถึง ชื่อบุคคล หรือชื่อสถานที่ หรือชื่อสิ่งของ

## ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม

จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1. ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และ 2. ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามคือ ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เพราะการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งสร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วยและยังส่งผลต่อผู้ให้

ข้อมูลเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ป่วยเมื่ออยู่ดูแลที่บ้าน ทำให้ทราบจากอาการและสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง เช่น อ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย การตอบสนองลดลง เป็นต้น ทราบจากแพทย์เป็นผู้แจ้งว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นานหากในเวลาที่เหลืออยู่ให้การดูแลผู้ป่วยให้ดี ให้ผู้ป่วยมีความสุขเพราะการรักษาทำได้แค่ประคับประคองอาการเท่านั้น ไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อหายจากโรค ดังคำให้สัมภาษณ์

“... พี่ไม่รู้ว่าจะอยู่กับพี่ไปอีกนานเท่าไร ตอนที่เขายังกินได้ อะไรที่เขอยากกิน พี่ก็จะให้เขากินเลย เพราะว่าถ้าเราซื้อของตามคำแนะนำแพทย์มาแล้วเขาไม่กินมันก็จะเสียของ เสียเงินอีก พี่จนพี่ไม่มีเงินมากพอที่จะซื้อของมาแล้วทิ้ง ๆ ขว้าง ๆ ... เราก็ไม่รู้ว่าจะอยู่กับเราได้อีกนานแค่ไหนตอนที่เขายังกินอะไรได้เราก็ให้เขากินไปเถอะเขาอยู่กับเราอีกไม่นานหรืออะไรที่เขามีความสุขก็ให้เขาทำไปเถอะ ... คนเป็นมะเร็งเนี่ยเรารู้ว่ามันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะฉะนั้นในช่วงที่เขายังมีชีวิตอยู่ทำให้เขามีความสุขเถอะค่ะ อย่าไปว่าอย่าไปโวยวายถึงแม้เราจะเหนื่อยขนาดไหน เราก็ต้องอดทนอดกลั้นให้เขาสบายใจอยู่กับเขาคอยปลอบโยนเขา...”  
(ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“... พอมาจุดนี้ค่ะที่เขาเป็นมะเร็งที่มันไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้นอกจากประคับประคองอาการไปคือ การให้ยาเคมีเนียร์มันเป็นแค่การหยุดการขยายเผ่าพันธุ์ของโรคมะเร็งเท่านั้นมันไม่ได้รักษาให้หายขาดเลยค่ะเมื่อเขามาถึงจุดนี้แล้วค่ะ เพราะฉะนั้นเราทำให้ดีที่สุดให้คนไข้สบาย ให้เขาสบายใจ เขาสบายใจเราก็สบายใจไม่เคยดู ไม่เคยว่า ไม่เคยบ่นเลยนะค่ะเขาจะได้มีความสุข...” (ID1T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“... ก็นะ (เสียงสั่น) มันก็เศร้าใจอะค่ะเพราะเรารู้อยู่แล้วว่าสักวันมันต้องเกิดขึ้นเพราะป่วยเป็นโรคพวกนี้ เรารู้ (เสียงสั่น) เมื่อวันศุกร์ลุงออกจากโรงพยาบาลที่แอดมิท 10 วัน คืนวันอาทิตย์ที่ 3 ก็ส่งโรงพยาบาลอีกรอบ ต้องส่งโรงพยาบาลอีกรอบเพราะไข้ขึ้นคุณหมอห้องฉุกเฉินบอกให้เราทำใจบ้างนะเพราะร่างกายเขาไม่ไหว ... เขามีอาการแย่มาก อาการเขาไม่สู้ดีเลย เราก็รู้ว่าเขาอยู่ได้อีกไม่นาน...”  
(ID2T3F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“... มะเร็งมันลุกลามไปไหนต่อไหนแล้ว มันรักษาไม่หายแล้ว เขาทำท่าจะไปมาหลายครั้งแล้วเราก้ทำให้ดีที่สุดครับ (น้ำเสียงต่ำ แหวดตาเศร้าๆ หนึ่งไปประมาณ 30 วินาที แต่ไม่มีน้ำตา) ...ชั่วโมงนี้แล้วอะไรที่เขามีความสุขเราก้ต้องทำให้เขาละ ... เพราะเรารู้นะไอ้คำว่ามะเร็งเนี่ย รักษายังไงมันก็ไม่หายหรอก มันจะอยู่กับตัวเราเหมือนหมายเลขบัตรประชาชนของเรานี้แหละไปตลอดชีวิต มันก็จะตายไปพร้อมกับเรา แต่ว่าเขาอยู่ทำให้เขามีความสุขตอนที่เขายังมีเวลาเหลืออยู่ก็พอ พญามัจจุราชยังไม่มาพรากเขาไปจากผมก้จะดูแลเขาแบบนี้แหละ จนเขาจะไม่อยู่แล้วถึงเขาตายไปก้จะทำบุญกรวดน้ำแผ่เมตตาไปให้เขาถึงสิ่งที่จะมองไม่เห็นแต่ผมก้รับรู้ได้ว่าเขาคงมีความสุขบ้างแหละครับ...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ตั้งแต่เขาป่วยผมก้ไม่ได้ไปกับเพื่อนๆเลย ห่วงเขาถึงไปเที่ยวก้ไม่สบายใจ ไปแล้วก้เป็นห่วงเขา ช่วงเขาอยู่ก้ขอดูแลเขาให้เต็มที่ ดีที่สุด รู้แล้วว่าเขาอยู่ได้ไม่นานแต่ช่วงนี้ก้ขอดูแลเขาให้ดีที่สุดเพราะหมอบอกแล้วว่าอยู่ได้ไม่นาน...” (ID4T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...เราแค่คิดว่าเขาคงอยู่กับเราไม่นาน คำว่ามะเร็งอะ เราไม่รู้หรอกว่าจะอยู่ได้นานขนาดไหน ถ้าเราไม่ทำตอนนี้จะทำเมื่อไหร่(ดูแลผู้ป่วย) ...ตอนนี้พี่ไม่ดูแลแล้วคะ พอรู้ว่าแกเป็นมะเร็งการดูแลมันเปลี่ยนไปเยอะ เรารู้เราเห็นคนแถวบ้านเราป่วยแล้วก้ตายไวไปหลายคนเราเลยไม่ดูแลแล้ว เราส่งสารเขา มะเร็งมันอยู่กับเขาไปตลอดชีวิตเขาอยู่อีกไม่นานแล้ว หมอก้บอกให้ดูแลดีดีเพราะมะเร็งกระจายไปเยอะแล้ว ไอ้ที่ให้ยาอยู่เนี่ยแค่บรรเทาอาการเฉยๆ ยาที่อายุมากแล้วมันไม่หายหรอกคะก้คงน่าจะไม่เร็วๆนี้ ก้เลยต้องอ่อนลง ตามใจเขาเลยจะเอาอย่างไรก้ตามใจเขา เขาจะได้มีความสุข เราก้ใส่ใจเขาให้มากขึ้น...” (ID5T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เรามีเหตุผลมากขึ้น รู้สึกว่าแกจะอยู่กับเราไม่นานเพราะโรคนี้นี้เป็นเรื่องปกติอยู่แล้ว ที่จะอยู่ได้อีกไม่นาน เราก้ต้องดูแลเขาให้ดีที่สุดตอนที่เขายังอยู่ พี่ไม่อยากจะเสียใจที่โอกาสอยู่ในมือแล้วปล่อยให้มันหลุดลอยไป ไม่ได้ดูแลแต่ตอนที่แกยังหายใจ เอาคิดดูบางคนละเลยแม่ตอนแม่ยังอยู่ เขาอยากกินอะไรให้เขากินแกตายไปแล้วกลืนแข็ง กลืนก้ไม่ได้ ย่อยก้ไม่ได้เรากงไม่เอาอาหารไปป้อนแกตอนนั้นหรอกนะ

ให้แก่กินดีดี ไม่อยากต้องจูดรูปแล้วเรียกแกมากินของดีดีหรือกินนะ โอกาสตอบแทน  
 เขามาแล้วทำให้เต็มทีนะน้อง...” (ID5T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...อันดับแรกก็ปวด กระตูกคอทรุด ปวด ไปหาหมอ หมอเช็คทุกอย่างเลยก็ถึงได้รู้ว่า  
 วัฏจักรคอทรุดและก็ผ่าตัดซึบ ผ่าตัดคอใส่เหล็กเข้าไป พอหลังจากผ่าตัดกระดูก  
 คอเสร็จแล้วก็หมอก็ส่งกล้องและก็ไปเจอมะเร็งลำไส้และเราก็ซ็อกเลย มันก็ตัด  
 หมดแล้ว คุณหมอก็ผ่าตัดหมดเลย คุณหมอก็บอกว่าเป็นโรคมะเร็งกระจายไปที่ตับ  
 ที่ปอด ก็ต้องให้กำลังใจกัน ถ้าเกิดในเวลาที่เหลืออยู่ก็พยายามให้กำลังใจเขา พาเขา  
 ไปเที่ยวบ้าง พาเขาไปทำบุญบ้าง ก็จะคอยอยู่ดูแลกันไปจนกว่าใครจะจากกันไป  
 ช่างนี่ เราก็ดูแลเขาให้ดีที่สุดในเพราะมันสุดท้ายแล้วเขาจะได้มีความสุขนะ...”  
 (ID9T1M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...หมอบอกว่า เขาเป็นมากก่อนมาถึงมือหมอ แล้วอาจารย์xxxบอกว่ายาช่วยพยุง  
 เขาเท่านั้น ไม่อยากจะให้ลุงมาเห็น ว่าร้องไห้เลย (ร้องให้น้ำตาไหล) คือตอนเขาอยู่ก็  
 ต้องดูแลให้ดีที่สุดในแล้วละ ...มันคงใกล้แล้ว(เสียชีวิต) ก็คงเร็วว่ะ ก็เวลาที่เหลือก็ให้  
 เขามีความสุขที่สุดในแล้วละ...” (ID10T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

## 2. ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม จากแพทย์  
 เกี่ยวกับความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยว่ามะเร็งยังไม่ลุกลามไปมากแต่ก็ไม่ได้แจ้งว่าจะหายและการ  
 รักษาไม่ให้เคมีบำบัด รังสีรักษาซึ่งทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับรู้ว่าหากผู้ป่วยมารับการรักษาต่อได้ก็แสดงว่ายังมี  
 โอกาสที่จะหาย และอยู่ได้นานขึ้น ผู้ให้ข้อมูลให้ความหมายจากการสังเกตคนรอบข้างที่ป่วยเป็น  
 โรคมะเร็ง ได้รับการรักษาจนมีร่างกายแข็งแรงและหายจากโรค การรับรู้ว่าเป็นโรคที่สามารถรักษาให้  
 หายได้ส่งผลต่อการดูแลของผู้ให้ข้อมูล โดยให้การดูแลผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์พยาบาล  
 อย่างเคร่งครัด พุดให้กำลังใจกันของคนในครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยมีแรงสู้กับการรักษา และพาผู้ป่วยมา  
 รับการรักษาต่อเนื่องเพราะมีความหวังว่าการรักษานั้นอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรค ดังคำให้  
 สัมภาษณ์

“...เราก็บอกว่าไม่ต้องกลัวตายเดี๋ยวก็หายแล้ว ไม่ตายง่ายๆหรือออกไปอีกนาน  
 คนอื่นเขาเป็นยิ่งกว่านี้อีก ดูคนที่แ่กว่าเรา ตายก็ต้องตายทุกคน มันเหมือนกัน  
 คนนั้นเขาเป็นมะเร็งตาย ก็มันเป็นถึงไหนแล้วใช้ไหม ไ้อ้เราเป็นตรงไหนแล้วไปแค่



ไหน บางที่ยังไม่ถึงจุดนั้น ก็ดูแลแล้วก็ไปรักษาไปเรื่อยๆ ทำตามที่หมอเขาบอกมันก็จะยึดได้ (มีชีวิตได้นานขึ้น...)” (ID3T3M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เราจะบอกแม่เสมอว่า โรคนี้อาจรักษาได้ รักษาหาย ดึกว่าคนที่เขาประสบอุบัติเหตุเสียอีก ที่เสียชีวิตคาที่หรือบาดเจ็บสาหัสแบบนั้นเขาไม่ได้มีโอกาสแม้แต่อยู่กับครอบครัวเลยบอกให้คุณแม่คิดแบบนี้ตลอด คุณแม่ก็ยินดีที่จะสู้คือเขาอยากหาย อ่าเนาะ เขาอยากได้ขึ้นชื่อว่าเคยเป็นคะ ...” (ID6T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...พี่ก็หวังลึกๆ ตลอดอ่าเนาะแต่พี่ก็รู้ว่ามันจะเป็นจริงหรือเปล่า พี่ก็ขอให้มันเป็นจริงว่าให้ท่านหาย ถ้าเกิดว่ามันเป็นไปได้ก็ขอให้แบบอยู่กับเรานานที่สุดเท่าที่จะนานได้ บางทีตอนที่เขายังไม่ป่วยเขาอาจจะคิดว่าเขาอยากอยู่สัก 80 แต่ตอนนี้พอป่วยแล้วเขาอาจจะคิดอีกสัก 10 ปี เราก็ขอให้มันเป็น 10 ปีจริงๆนะเพราะว่าเราไม่รู้ว่าจะจริงมันจะยืนยาวขนาดไหนแต่เราก็คิดว่าถ้าเราทำให้ดีที่สุดก็รักษาให้เร็วที่สุด ดูแลให้ดีที่สุดอย่างนี้คะท่านก็อาจจะอยู่ได้นานขึ้นกว่าเดิม...” (ID6T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ผมรู้ว่ามะเร็งอ่ามันร้ายแรงแต่บางจุดอ่า บางคนก็เป็นหาย ผมก็คิดจุดๆนั้นว่าแม่เขาเป็นหายได้ แม่ก็ต้องหายได้ แต่คือว่าแม่มาเป็นตรงที่มันหายยาก อย่างเช่นให้คีโมเนี่ยก็ไม่อยากให้แก็ให้แล้ว สงสารแก็กลับไปบ้านแก็คนงานเนี่ยก็นอนหมดเรียวแรง แต่แก็บอกว่าแก็อยากสู้ แก็อยากลอง สู้สักครั้งหนึ่งเผื่ออะไรอะไรมันดีขึ้น เผื่อมันจะหาย เผื่อมันจะมีภูมิต้านทาน ก็เลยอ้อ แม่ก็สู้แม่ก็ลองสู้ น้อง(ผู้ให้ข้อมูล)จะอยู่ข้างๆแม่แบบนี้แหละ อยู่ข้างแม่ตลอดแต่ก็สู้มาถึงนี้แล้วก็สู้เรื่อยๆนะเพราะเดี๋ยวมันก็หาย...” (ID8T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...หมอบอกว่าระยะที่สามแต่หมอบอกว่าก็ไม่แน่ใจว่าจะหายหรือไม่ให้หาย หมอบอกมันกระจาย เราก็รู้คะ เราก็บอกแม่เดี๋ยวก็หาย หลานเขาบอกเดี๋ยวก็หาย ให้คีโมเดี๋ยวก็หาย ถ้าไม่ให้ยาแม่ก็จะแก็ก็ต้องพามาให้คีโมแบบนี้แหละคะ ก็พาเขาแบบเนี่ยแหละ(พามาพบแพทย์ตามนัด) เผื่อมันจะดีขึ้นเผื่อมันจะเป็นจริง...” (ID11T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...พี่จะขอเขาเสมอว่าคือรักษาไปเรื่อยๆจนกว่าจะรักษาไม่ไหวเพราะถ้าเขายังรักษาได้ก็แสดงว่าเขาอยู่กับเราได้อีก คือเขาจะเคยมีพกตามเบลโล่กระเป่าเสื้อมาซั้ง

น้ำหนักทำขนาดนั้นเพื่อจะได้ให้ตัวเองฉายแสงได้ครบ คือเขาสู้ ไม่ท้อเรื่องรักษาเลย ไม่เคยบ่นว่าเจ็บว่าเหนื่อย บ่นอย่างเดียวคือต้องมารอนานมาแต่เช้าแล้วต้องมารอคิว...เพราะถ้าเขายังมารักษาต่อได้ก็แสดงว่ายังมีโอกาสที่จะหาย...” (ID12T1F คุณผู้ช่วยมะเร็งศีรษะและคอ)

“...เราก็บอกว่าอย่าคิดมากเป็นก็หายได้ ถ้าเราดูแลรักษาดูแลอยู่ในกฎในเกณฑ์ของหมอ หมอเขาบอกให้ทำอะไรทำอย่างนี้ให้กินอะไรก็กิน มันก็จะดีขึ้นเอง ...เดี๋ยวพอเวลาผ่านไปก็หายดีเพราะว่าคนที่เป็นมะเร็งแถวบ้านนะที่เขาดีขึ้นก็มีคิมแล้ว เขาก็รอดก็แข็งแรง...คนเขาเป็นก็หายกันเยอะแยะเพราะว่าเขาเป็นก็หาย มันก็เป็นระยะที่หายกันง่าย ๆ และคือคนไข้เขาสู้ด้วยใจ พอเขารู้ว่าเขาเป็นก็ไม่ท้อไม่ถอยอะไร เขาสู้ด้วยและเขาก็ดูแลตัวเองด้วย...” (ID13T1F คุณผู้ช่วยมะเร็งลำไส้)

“...หมอบอกว่าระยะ 3 บอกว่าไม่ได้ลามไปไหน มีคิม มีฉายแสงนะคือเขายังมีความหวังอยู่ว่ามันจะหาย ถ้าไม่รักษาอาการมันก็จะแย่ลง ถ้ารักษาอาการมันก็จะดีขึ้น ให้เขามาคิมตามนัด ตัวเขาเองก็สู้ด้วยสู้เพื่อให้หาย เราจะให้กำลังใจกันตลอด เพราะมันเป็นครอบครัว แต่จะมีเหนื่อยบ้างเพราะงานบ้านและดูคนไข้ แต่ก็รู้สึกดีเพราะดูแลด้วยความรัก เอาใจใส่เขามากขึ้นก็มีความสุขค่ะ ถึงจะเหนื่อยแต่ก็มีความสุขค่ะ...” (ID13T2F คุณผู้ช่วยมะเร็งลำไส้)

## ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1. การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน 2. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และ 3. การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล เพื่อให้ผู้อ่านเกิดความเข้าใจง่ายขึ้นถึงผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยจึงได้นำเสนอโดยใช้ตารางที่ 2 เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมก่อนที่ผู้อ่านจะเข้าไปศึกษาลงรายละเอียดของข้อมูลอย่างลุ่มลึกดังแสดงต่อไปนี้

**ตารางที่ 2** แสดงผลการวิเคราะห์ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

ประเด็นหลักและประเด็นรอง	ตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล
<b>ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน</b>	
1.1) การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย	ก็ถ้าวันไหนแกไม่ไหวแกเพื่อย ก็จะช่วยตัวให้
1.2) การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย	อาหารนี้ก็เน้นโปรตีนพวกเนื้อปลา ปลาหีบต้ม
1.2.1) การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์	
1.2.2) การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง	เคี้ยวไม่ค่อยไหว ก็จะทำอาหารเป็นพวกเหลวๆเป็นหลัก
1.2.3) การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบที่พึงพอใจ	เราก็จะถามคนไข้ว่าอยากกินอะไร แล้วก็ทำให้กิน
1.3) การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย	เปลี่ยนผ้าปูเตียงเปลี่ยนทุกวันเลยคะ เน้นความสะอาดเพราะว่ากลัวแผลเขาจะติดเชื้อ
1.4) การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย	ก็จะบอกคุณแม่เสมอว่า เราจะสู้ไปด้วยกัน
1.4.1) กำลังใจและความปลอดภัยจากครอบครัว	
1.4.2) การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด	ชวนเขาคุยเขาก็จะสบายใจขึ้นจะได้หายเครียด
1.4.3) ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย	เขาป่วยไง มันต้องยอมนิ่งนะเพราะถ้าไม่ต้องการให้เขาไว้วาย
1.5) การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา	ไปไหว้พระเพราะมันจะช่วยให้เขาปล่อยวางได้ มันปลงได้
1.6) การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย	ท่านกลัวตายมากเพราะท่านยังทำใจไม่ได้หากจะต้องจากไป... เรา ก็จะพยายามพูดคุยบ่อยๆไม่ปล่อยให้คนไข้อยู่คนเดียว
<b>ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน</b>	
2.1) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว	เรื่องเงินลูกเขาก็จะช่วยทุกอย่างเลยค่ารถค่าน้ำค่าไฟ
2.1.1) การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน	
2.1.2) การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล	ลูกก็จะมาเสาร์อาทิตย์ เขาก็จะมาช่วยกันดูแล ผมก็ได้พัก
2.2) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ	ข้อมูลได้รับจากพยาบาล เขาจะสอนว่าผ้าก๊อตจะเย็บกี่ชั้น
2.3) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน	อสส. คอยรายงานว่าคนไข้เป็นอย่างไร บางทีก็มีนมมาแจกฟรี
<b>ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล</b>	
3.1) เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล	มันก็เครียดนะครับเพราะว่าเมื่อก่อนเราก็ทำไม่เป็นเลย
3.2) เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ	เหนื่อยลุกขึ้นตั้งแต่ 8 โมงทำให้เขา(ดูแล)เหนื่อย 3 ทุ่มนะ แล้วก็ต้องไปขายของอีก
3.3) ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระองค์	ภูมิใจดี รู้สึกดีมากๆเลย แบบผมไม่เคยดูแลใครไง รู้สึกดีว่า

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1. การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน 2. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และ 3. การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล ดังนี้

## ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ให้ข้อมูลเป็นการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาซึ่งมักมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นตามมา โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ซึ่งเคมีบำบัดนั้นมักทำให้เกิดแผลในช่องปากได้ง่าย ปวดจากแผล คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ทานอาหารได้น้อยและน้ำหนักลด การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายได้สร้างความทุกข์ทรมานให้กับผู้ป่วย นอกจากนี้ได้รับเคมีบำบัดแล้วผู้ป่วยยังได้รับรังสีรักษาอีกทำให้ผิวหนังบริเวณฉายรังสีบอบบาง เกิดแผลได้ง่าย และบริเวณฉายรังสีมีความไวต่อแสงแดดทำให้เมื่อสัมผัสกับแสงแดดจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปวดแสบ ปวดร้อน เหล่านี้เป็นความทุกข์ทรมานที่ผู้ป่วยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยทำให้รับรู้ถึงความทุกข์ทรมาน จึงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการส่งเสริมความสุขสบาย ลดความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายที่ให้การดูแลอย่างพิถีพิถัน ใส่ใจในการดูแล และด้านจิตใจให้การดูแลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสบายใจ คอยอยู่เคียงข้างและคอยให้กำลังใจ เพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่เข้มแข็งขึ้น เป็นการดูแลที่ช่วยให้ผู้ป่วยสุขสบายและไม่ทุกข์ทรมาน ประกอบด้วย 5 ประเด็นย่อยคือ 1.1 การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย 1.2 การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย 1.3 การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย 1.4 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย 1.5 การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา 1.6 การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.1 การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย

การดูแลความสะอาดและความสุขสบายของผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้การดูแลตามสภาพร่างกายของผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักได้รับการรักษาอยู่ ผู้ป่วยมีได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัด ได้รับการรักษาด้วยการฉายแสงและได้รับการผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับแนวทางการรักษาของแพทย์ การดูแลของผู้ให้ข้อมูลจึงปรับการดูแลให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ให้การดูแลความสะอาดร่างกายในกรณีที่ผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่อ่อนแรง ลูกไม่ไหว จะจับผู้ป่วยลูกนั่งและเช็ดตัว เริ่มจากลำตัวก่อนไปที่แขนและขา ใช้สบู่เหลวฟอกให้สะอาด ผ้าสะอาดซับให้แห้งผู้ป่วยจะได้สบายตัว และให้ล้างหน้าด้วยตัวเองหากว่าพอมีแรง จากนั้นดูแลให้เลือกเสื้อผ้าตามที่ชอบที่อยากใส่ หากผู้ป่วยมีฉายแสงจะใช้ผ้าผืนเล็กๆ ใช้วิธีการเช็ดตัวแบบซับๆ ถูเบาๆ เพราะผู้ให้ข้อมูลกลัวว่าจะไปกระทบกับเส้นที่ฉายแสงอาจทำให้เส้นฉายแสงหลุดได้ หากวันไหนที่ผู้ป่วยพอมีแรง ไม่อ่อนเพลีย จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเองเท่าที่พอมีแรงเพราะการดูแลทำความสะอาดร่างกายให้ผู้ป่วยทั้งหมด อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนนั้นไร้คุณค่า ส่วนผู้ป่วยที่สูงอายุ ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลใส่ใจและละเอียดมากขึ้นกว่าเดิมคือ ให้การดูแลผู้ป่วยนั้นเหมือนเลี้ยงลูกอ่อน ไม่ว่าจะเป็

การเช็ดตัว อาบน้ำ สระผม ทาแป้ง รวมถึงการทำความสะอาดอวัยวะ จะทำด้วยความบรรจงเพราะผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ลดการดูแลจึงต้องให้การดูแลที่ดีที่สุด เป็นการดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ร่างกายเขาอ่อนแรงด้วยยาเคมี เขาจะเพลียมากเขาเลยทำอะไรไม่ได้เลย เหมือนกายภาพแล้วเขาก็จะล้มนะ พี่ก็เลยแบบให้นอนเช็ดตัวดีกว่า ถ้าจะไปห้องน้ำสระผมก็จะให้เพื่อนบ้านมาช่วยเพราะอยู่กันสองคนกับหลาน การดูแลมันก็เลยใช้การเช็ดตัวเอาให้เขาสบายตัวที่สุด ...กลับมาจากงานช่วงเย็นพี่ก็จะเช็ดตัวให้เขา เราก็จะจับเขาลุกขึ้นนั่งแล้วก็จะเอากะละมังแล้วก็ผ้าเช็ดตัวให้เขาเช็ดลำตัวก่อนนะเช็ดแขนเช็ดขาแล้ว ก็ฟอกสบู่ให้เขา ใช้สบู่เหลวนะคะ เขาจะล้างหน้าปรองพั้นเองเพราะข้างซ้ายเขายังใช้งานได้ เขามีแขนขวาอ่อนแรง เราก็จะเช็ดตัวให้เขา เราก็จะเช็ดช่วงล่างให้เขา ทำความสะอาดให้เขา เราก็จะถามเขาวนนี้อยากใส่เสื้อสีอะไรอยากใส่เสื้อตัวไหนบอกนะเราก็จะตามใจเขา ให้เขาอยากใส่ตามที่เขาชอบ...” (ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...ตอนฉายแสงเนี่ย เราจะเช็ดตัวแบบซ้ๆให้เขา นะคะเพราะถ้าดูแรงๆเส้นที่ใช้ฉายแสงมันจะหลุดเอา และเขามีแผลด้วยเราเลยต้องเช็ดแบบซ้ๆ ใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กๆ นะ ทำความสะอาด ...เขาป่วยบางวัน บางวันก็ดีบางวันก็เพลียหรืออ่อนแรงมากๆ เราก็จะช่วยเขาอาบน้ำ แล้วป้าก็จะไปฟอกสบู่ช่วงล่างลงไปแล้วก็ล้างให้เขาก็ต้องดูแลให้ แต่ละวันว่าเขาโอเคไหมถ้าเขาโอเคช่วยเหลือตัวเองได้เราก็จะให้เขาช่วยเหลือตัวเองก่อน เราก็แค่มอง มองดูแลแล้วก็สังเกตอยู่เผื่อเขาต้องการความช่วยเหลือ เขาจะได้ไม่รู้สึกรู้ว่าเขาไร้คุณค่า ...” (ID2T1F, ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...เราก็อบน้ำ ล้างเช็ดสระหัวให้คนไข้ ใช้ยาสระผมธรรมดาเนี่ย แต่ตอนสระผมจะทำเหมือนสระผมเด็กคือใช้พลาสติกคลุมลงแล้วก็จะให้เขานั่งเอนหัวมันจะได้ไม่ต้องเปียกตัวก็ประมาณอาทิตย์นึงสระผมทีนึงเพราะว่าเขาไม่ได้ไปออกไปไหนมันไม่มีเหงื่อเข้าประมาณ 9 โมงก็เช็ดตัวมันก็ต้องทำความสะอาดเราต้องดูแลให้ดีที่สุด...” (ID3T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เช็ดตัวเนี่ยเราจะดูแลเช็ดให้ทั้งตัวเลย เอาสบู่มาก่อนแล้วก็เอาน้ำล้างถูเบาๆนะ แล้วเช็ดให้แห้งเอาแป้งเด็กทาเหมือนเลี้ยงลูกอ่อน เรามีลูกไงเราเคยเลี้ยงลูกแบบ ไหนเราก็มาล้างเค้าดูแลเค้าแบบนั้นแหละ ...เราเอาน้ำลูบแกก่อนเหมือนลูบเด็ก เพราะการอาบน้ำเด็กไม่ใช่เอาน้ำไปโดนตัวเด็กเลย เอาน้ำลูบก่อนให้เขาสัมผัสกับน้ำ ก่อน ให้เขารับรู้ว่ากำลังจะโดนน้ำอะไรแบบนี้ก็เลยค่อยๆ ทีนี้ก็ลาดน้ำเบาๆให้แก รับรู้ว่า กำลังจะโดนน้ำแล้ว ความเย็นน้ำขนาดไหนอะไรยังไง ...แม่เราอะเหมือน เด็กเดียวอธิบายให้ฟัง อย่างตอนเนี่ยคนแก่มั่นก็เปรียบเหมือนเด็ก พี่คิดอย่างนั้นแต่ ก่อนเขาดูแลเราอย่างไร พอเป็นเราบ้างเราก็ดูแลเขาอย่างนั้น เราก็คิดว่าสมัยก่อน เขาก็คงทำเหมือนกับที่เราทำให้เขาในตอนนี่ เราเช็ดตุ๊ดให้เขา เราเช็ดแบบบรรจง เลยค่ะ ต้องให้สะอาดหมดจด ตอนเด็กๆแม่ก็คงดูแลเราแบบนี้แหละ...” (ID5T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ก็ถ้าวันไหนแกไม่ไหวแกเพลีย แกอาบน้ำไม่ไหวก็จะเช็ดตัวให้ เราเป็นผู้ชายเรา เช็ดให้แม่เราก็ไม่ถือสาอะไรนะ แต่แบบว่าน้องทำได้ทุกอย่างเพื่อแม่ก็รักแม่ (น้องคือ ผู้ให้ข้อมูล) ...ถ้าพอมีแรงคือแม่จะช่วยเหลือตัวเองแกก็จะทำความสะอาดตัวเอง...” (ID8T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ลูกไม่ไหวก็จะเช็ดตัวให้ ดูแลเขาตามอาการเลย สมมติว่ามีผ้าสองผืนมีกะละมังใส่น้ำอุ่นครึ่ง เช็ดข้างล่าง ข้างบน ช่วงล่างก็ใช้อีกผืนหนึ่งเช็ดใส่น้ำอุ่นเหมือนกัน สระผม อาบน้ำและก็เช็ดตัว ถูเบาๆ เช็ดตัว ทาแป้งและใส่เสื้อผ้า แต่ถ้าเขามีแรง ก็ให้เขาพยายามช่วยเหลือตัวเองคนไข้โรคเนี่ยต้องให้เขาช่วยเหลือตัวเองครับเพราะ เขาจะได้มีกำลังใจ...” (ID9T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เรื่องความสะอาดนี้มาก่อนเลย ป้าไม่ชอบความสกปรก ตอนนี่เขาไม่ให้ป้าเข้าไป อาบให้และป้าก็จะบอกว่ามันสกปรก มันเหม็นและทำตัวสกปรก หนวดเคราก็ไม่โกน เล็บนี้ก็เหมือนกันถ้าไม่ทำให้นะ ไม่ตัดปล่อยให้ยาวเลย ปัดโกศทำให้ทุกอย่างเล็บเท้า ก็ด้วย นั่งขัดแคกๆ ป้าดูแลเขาจะตายไป ...เมื่อวานนี้ก็ทะเลาะกันเนี่ย บอกว่าโกน หนวด โกนครวชะจะไปโรงพยาบาล ไปอาบน้ำชะนะ สระผม เขาไม่ค่อยจะดูแลตัว เขาเอง บ่นแต่ก็ต้องทำให้เขาชะทุกอย่างอยู่ดี การเป็นห่วงและความใส่ใจมันทุก อย่าง ...” (ID10T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

ผู้ป่วยเมื่อได้รับเคมีบำบัดแล้วมักเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพผิวหนัง คือผิวจะแห้ง ขาดความชุ่มชื้นและบาง ผู้ให้ข้อมูลจึงให้การดูแลผิวหลังอาบน้ำด้วยการทาโลชั่นบำรุงผิว นอกจากนี้ผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีมักพบผิวหนังไหม้แดง ระคายเคือง ผู้ให้ข้อมูลจะดูแลในเรื่องของการทานน้ำมีจุดประสงค์คือเพื่อเพิ่มความชุ่มชื้นให้กับผิว จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับฝุ่นละอองเพื่อให้ผิวสะอาด ดังคำให้สัมภาษณ์

“...หลังจากได้คีโมก็มีผื่นเป็นขุย ๆ ผิวขึ้นมา พี่ก็เอาโลชั่นทาผิวให้เขา ที่มันแห้งมันเกิดจากการให้คีโม มันเกิดอาการผดผื่นกับเขา เป็นโลชั่นที่ธรรมดาเพิ่มความชุ่มชื้น พี่จะทาหลังอาบน้ำเช็ดตัวเช้าและเย็นให้เขาเพิ่มความชุ่มชื้น...” (ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...พอตื่นมาพาเขาทำเรื่องส่วนตัวให้เรียบร้อย เราก็จะเช็ดตัวให้เขา ทายาอะไรให้เรียบร้อยเพราะให้คีโมแล้วผิวมันแห้ง เอาครีมทาตัวให้เขาแล้วใส่เสื้อผ้าให้สะอาดเรียบร้อย...” (ID4T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ถ้าเกิดให้ยาเคมีไปแล้วเนี่ยผิวมันจะแห้งหรือว่าจะลอกก็ต้องทาครีมบำรุงให้เขาหลังอาบน้ำ...” (ID9T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ถ้าฉายแสงผิวหนังไหม้แดง เราให้กินน้ำเยอะๆ เขาก็มีอาการแบบนี้ก็ให้กินน้ำเยอะๆ วันละ 2 ขวดใหญ่ ผิวจะไม่ไหม้เขาจะได้สบายตัวของเขา ต้องดูความสะอาดให้เขาด้วยนะ ออกไปไหนก็อย่าให้โดนฝุ่นละอองมันจะไม่ดี ...” (ID13T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

การดูแลช่องปากในผู้ป่วยที่ได้รับการฉายแสงผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพช่องปากส่งผลให้มีปากแห้ง มีน้ำลายมาก และเกิดแผลได้ง่าย ผู้ให้ข้อมูลดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ คือการบริหารปากด้วยการกัดฟันยางและเตรียมกระดาษทิชชูไว้ให้ผู้ป่วยเช็ดน้ำลาย ส่วนผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ผู้ให้ข้อมูลจะให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเอง ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ตอนนี้ลุงมีแผลในปากแล้วหมอฟันก็ให้ฟันยางมาเคลือบฟลูออไรด์ให้เขากัดเพื่อดูแลเรื่องฟัน ...ป้าเนี่ยจะมีวางขวดน้ำวางถุงพลาสติกกระดาษทิชชูให้เขาเพราะเขา

จะมีเสมหะเยอะเอาไว้บ้างปากมีเสมหะในปากจำนวนมากเพราะเขาฉายแสงก็จะเตรียมให้เขาเพราะอันนี้เราทำแทนเขาไม่ได้...” (ID2T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระดับ)

“...ปากเขาเราต้องคอยเอาน้ำยากลิ้วปากให้ กลั้วหลังแปลงฟันแล้วซึ่งเขาไม่ค่อยจะทำเลย ต้องทำให้สะอาดทุกอย่าง...” (ID10T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ไอ้xxxอะแปรงฟันเองได้ แค่เตรียมอุปกรณ์มาให้ ไปแปลงที่ซักโครก หยิบแปรง หยิบอะไรมันก็ให้มันทำเอง แต่ฟันให้มันแปรงของมันเองแต่จะทำอะไรซ้ำเราก็กี่ให้เขาพยายามช่วยตัวเอง...” (ID7T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

## 1.2 การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ให้ข้อมูลระบุว่าผู้ป่วยมะเร็งที่ดูแลมีสุขภาพร่างกายเปราะบาง มีปัญหาทางสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น มีแขนขาอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง มีความเสื่อมถอยของร่างกายจากภาวะผู้สูงอายุ เป็นต้น ร่วมกับการลุกลามของมะเร็งไปยังอวัยวะต่าง ๆ และจากการรักษาด้วยการฉายรังสี ผ่าตัด หรือได้รับเคมีบำบัดตามแนวทางการรักษาของแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องได้รับอาหารที่ดีมีคุณภาพและเหมาะสมอย่างเพียงพอเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถต่อสู้กับโรคและการรักษาได้ สำหรับการดูแลเรื่องอาหารนั้นผู้ให้ข้อมูลดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารตามความต้องการของผู้ป่วยเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้น เป็นอาหารที่ดีมีประโยชน์และมีคุณค่าทางโภชนาการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย และพบว่าผู้ป่วยมักมีการรับรสชาติของอาหารเปลี่ยนไปได้ปรับให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่สอดคล้องกับสภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีกลวิธีในการดูแลด้านอาหาร ประกอบด้วย 3 มิติ คือ 1.2.1 การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ 1.2.2 การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง และ 1.2.3 การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบที่พึงพอใจ ดังรายละเอียดต่อไป

### 1.2.1 การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีมุมมองว่าอาหารเป็นเรื่องสำคัญเนื่องจากการได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยบำรุงและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้มีแรงสู้กับโรค และการรักษา เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักทานอาหารได้ลดลงซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาได้ ผู้ให้ข้อมูลมักดูแลให้ผู้ป่วยทานที่ดีมีประโยชน์ เน้นคุณค่าอาหารด้านโปรตีน เช่น ไข่ต้ม ปลาแห้ง เป็นต้น อาหารรสไม่จัด ไม่เค็มจัด ไม่ใส่ผงชูรส เน้นการทำทานเองเพราะมั่นใจใน



คุณค่าทางโภชนาการและมีประโยชน์ ให้ทานอาหารที่สุก สะอาด ไม่ค้างคืน หลีกเลี้ยงอาหารสุกๆ ดิบๆ เป็นต้น เหล่านี้เป็นการดูแลของผู้ให้ข้อมูลที่ดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ ดังคำให้สัมภาษณ์

“...อยู่บ้าน ก็จะทำเรื่องอาหารเช้าที่บ้านก็คือต้มข้าว ต้มข้าวให้และ ใส่หมูสับอะไรเงี้ย แล้วก็พยายามเอาผักหลายๆอย่างแล้วก็ต้องปรุงรสอ่อนๆให้เขา ไม่ต้องซี้จืดน้ำปลา อะไรเยอะเยอะ ก็พยายามจะทำไม่เยอะคะให้หมดๆไปในมือนั้นเลยเพราะไม่อยากให้เขากินของค้างคืน อาหารนี้ก็จะเน้นโปรตีนพวกเนื้อปลา ปลาทั้งต้มไปซื้อก็ให้ตลาด แล่นเนื้อมาเลย แล้วก็มาต้มหรือนึ่ง บางทีโดยส่วนมาก ลุงจะชอบกินนึ่งมากกว่าจะมี ผักด้วย ก็ไม่ปรุงรสเลย ไม่ใส่เกลือ ไม่ใส่อะไรเลย...” (ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...เรื่องอาหารเนี่ยมันสำคัญนะอาหารเราก็ต้องดูด้วย เราชอบเค็มเราก็ใส่เค็มเราชอบหวานแล้วก็ใส่หวานแบบนั้นไม่ได้ เราไม่ใส่ผงชูรส น้ำมันพืชเนี่ยผมก็เปลี่ยนจากพวกฟาร์มถั่วเหลืองเป็นรำข้าวแพงหน้อยทอดให้กินเนี่ยใช้รำข้าว ...ผมจะไม่ค่อยอุ่นอาหารให้เขาหรอก จะไม่ค้างคืน ทำตอนเช้าอย่างมากก็ตอนเย็นให้กินให้หมดเลย ไม่ค้างคืนครับมันไม่ค่อยมีประโยชน์หรอก ทำเขากินกลางวัน แล้วเย็นก็ทำใหม่อย่างนี้ครับ...” (ID3T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ตะกอนพวกปลา น้ำตกครับ ซ้อมมาแล้วเราก็ต้องมาทำให้สะอาดใหม่อีกที เราไม่มันใจร้านค้าหรอก เราไม่รู้ว่าจะสะอาดหรือป่าว แต่ว่าตอนนี้ให้ลูกชายทำให้กิน เขาจะทำแต่ของสดๆให้แม่เขากิน เราทำกินสะอาดกว่าไม่ใส่ผงชูรส ไม่กินรสจัดเกินไป...เราต้องระวังพวกอาหารไม่ให้ค้างคืน อาหารสดกินเลยไม่ค้างคืน เลือกที่มีประโยชน์อย่างปลาอบ ปลานึ่ง ผักสุก...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ตอนนี้หลักๆก็คือหมู ไก่ ปลาทู ไข่ เช้าจะเป็นประเภทข้าวต้มหมูไก่ โจ๊กไข่ กลางวันจะเป็นผัดเส้นใหญ่เส้นเล็กแล้วแต่ จะเน้นประเภทเส้น ช่วงเย็นทำประเภทยำ ผัดผักบ้าง...ตอนที่เขาก็กว้างของใหม่ให้แก ไม่เอาของเก่า ไม่เคยให้กินของค้างคืน ทำกับข้าวใหม่ทุกมื้อ ต้องสะอาดนะโรคนี้ ...” (ID5T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ตั้งแต่เราทราบว่าคุณแม่เป็นเราไม่ให้คุณแม่ทานเนื้อแดงเลย บ้างอย่างไม่ได้เลย จะเน้นต้ม นึ่ง อย่างเดียวเลยและทานผักสะอาดเน้นการต้ม ปลานึ่ง ไม่ให้กินผักสด

เพราะเราอ่านผักสดกินไม่ดีและไม่ให้กินผลไม้เปลือกบาง พยายามหาผลไม้ เช่น ส้ม ให้ทานทุกวันๆละ 2-3 ลูกค่ะ เราก็มักจะพยายามให้ทานน้ำผลไม้ 100% เสริมเน้นการทำทานเอง ซื้อมะม่วงสดมา เน้นผักผัก ปลาหนึ่ง ผักต้ม แกงจืด ซุป ...” (ID6T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ทำซุปรู้คือ อย่างมะเขือเทศเราก็ต้องคัด คือเอาง่ายๆ วัตถุดิบเราคัดเองเลย มันถึงจะซัวร์ เราก็ไม่รู้ว่ามีร้านที่เราไปเอามันดีแค่ไหน แต่ก็โอเคนะทำให้มันดี คัดตั้งแต่วัตถุดิบต้นทางมาปลายทาง ซุปผมว่ามันทานได้ง่ายที่สุดแล้ว มันเป็นโปรตีนหน่วยย่อยที่ทำได้ง่ายที่สุดแล้วอีซีวีที่สุด มันดีมีประโยชน์ด้วย...” (ID9T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ดูแลเรื่องอาหารการกินก็ต้องเป็นอาหารปรุงสุกค่ะ อะไรก็ต้องสุกหมอบไม่ให้ทานของคองและก็ดูแลเรื่องอาหารอย่างเนี้ย ของคองอะไรเราก็ไม่ให้ทาน ให้ทานเนื้อปลา ไข่...” (ID11T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...ดูแลเรื่องอาหารให้มากขึ้นเพราะว่าพยายามไม่ผัดไม่ทอดกินของต้มๆ พวกต้มจืดจะให้กินอะไรที่แบบว่ากินไข่กินโปรตีนอย่างนี้อ่าที่เราพอจะหาได้...ดูแลเรื่องอาหารการกินคือว่าไม่กินผงชูรส ของหมักของคองของค้างคินพยายามไม่ทำและก็เช้าๆจะให้กินไข่ลวกวันละสองฟองบ้าง ไข่ขาวมั่งอะไรอย่างนี้เป็นโปรตีน ให้กินโปรตีน...” (ID13T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

### 1.2.2 การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง

การได้รับการรักษาและผลจากการรักษาทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหารทานอาหารได้น้อย การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนไป คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืดท้องเสียง่าย เจ็บช่องปาก แน่นท้องเนื่องจากก้อนมะเร็ง ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูลที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับที่มีก้อนที่ท้อง “...ท้องแข็งกดไม่ลง แล้วก็กินอะไรก็ได้ เราก็อาศัยตะล่อมหน่อย หลอกเขาหน่อยให้เขากินข้าวหน่อยเขาก็ยอมกินค่อยๆก็หลอกให้เขาค่อยๆกิน กินมากแล้วท้องเขาแข็ง” (ID2T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ) หากผู้ป่วยทานอาหารไม่ได้อาจทำให้มีโอกาสขาดสารอาหาร ผู้ให้ข้อมูลดูแลให้ผู้ป่วยพยายามทานอาหารให้ได้มากขึ้นและจัดหารูปแบบอาหารให้มีความสอดคล้องกับสภาพร่างกาย

หากมีอาการเจ็บช่องปากก็จะให้ทานอาหารอ่อน เผลว กลืนง่าย หากมีเบื่ออาหารช่วยดูแลให้ทานจำพวกนมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ตั้งแต่ช่วงให้คีโมกินเผ็ดไม่ได้เลยเพราะว่าปากมันแสบมันร้อนข้างใน มันก็จะเป็นอย่างนั้นแหละก็เลยไม่ได้ให้เขากินเผ็ด ไม่ได้ซื้อของที่มีมันแบบเผ็ดๆอะไรให้เขากิน...” (ID1T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...วันอาทิตย์ท้องแข็งกดไม่ลงแล้วก็กินอะไรก็ได้ เราก็อาศัยตะล่อมหน่อย หลอกเขาหน่อยให้เขากินข้าวหน่อยเขาก็ยอมกิน ค่อยๆก็หลอกให้เขาค่อยๆกิน กินมากแล้วท้องเขาแข็ง ... เขาอยากกินทุกอย่างเลยตามที่เราบอกแต่เขาทำไม่ได้คือ ความอึดอัดของเขา เขาแน่นที่ท้องแล้วจะกินยังไง แต่หมอก็พยายามบอกให้กิน ให้ได้บแต่คนป่วยก็แน่นทุกวันกินไม่ได้แล้ว...” (ID2T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...พอเค้าเริ่มมีอาการเยอะขึ้นมาจากการให้คีโมเนี่ย ผักเขาก็จะเคี้ยวไม่ค่อยไหว เพราะว่าเค้าโดนถอนฟันหมด เหลือแต่ข้างหน้าอย่างเดียวค่ะ ฟันกรามก็ไม่มีก็จะหลีกเลี่ยงพวกขบเคี้ยวเพราะลูกก็จะไม่ค่อยเคี้ยว คนป่วยเขาเจ็บปากเพราะการให้คีโมร่วมกับการฉายแสงเขาจะไม่ค่อยเคี้ยวด้วยค่ะ ก็จะทำอาหารเป็นพวกเหลวๆเป็นหลัก พวกถั่วลันเตา ข้าวโพด แครอทจะหั่นเป็นชิ้นแล้วเอามาต้มจนเปื่อย ...แล้วก็จะให้เค้ากินแบบอาหารนี้มๆ พวกเบเกอรี่ แยมโรลอะไรเงี้ย เราก็จะซื้อเตรียมไว้ให้เขา ...อย่างผลไม้คะเราต้องเลือกที่เขาเคี้ยวได้ ย่อยง่าย อย่างขนุนเราก็ไม่ค่อยเอาให้เขา เพราะว่ามันแข็งกินมากไปก็จะเกิดร้อนใน แล้วมันจะติดคอได้ง่ายเพราะว่าคนป่วยอายุตั้ง 70 แล้วคะ ...” (ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...คีโมเนี่ย กลับมาวันแรกกินข้าวสวยไม่ได้ ก็ต้องกินข้าวต้มอุ่นๆ อย่าเย็น อย่ากินข้าวต้มเย็น กินแบบคนจีนกินอุ่นๆจะกินได้ ถ้วยครึ่งถ้วย ร่างกายจะปรับเอง...ให้เขากินเยอะๆก็จะพิน กินพวกข้าวต้มนะ พอกินได้สองวันจะพินปรับตัวได้ คีโมแปลกมันแพ้อาหาร ถ้ากินได้แล้วจะมีแรงคืนปกติ ต้องให้เขากินนะคนได้คีโม มันแพ้กัน บางครั้งกลับมาก็ดี บางครั้งกลับมาไม่ไหว บางครั้งหามขึ้นบ้าน บ้างครั้งอุ้มขึ้นบ้าน บางครั้งกลับมาเดินเปรี๊ยะเลย บอกไม่ได้แล้วแต่จังหวะคน แล้วแต่สถานการณ์ อาการของแต่ละคนเลย ...” (ID3T3M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ถ้าอาหารเราไม่ทำให้แปลกใหม่คนป่วยเห็นอะไรจำเจ เขาก็เบื่ออาหาร ยิ่งได้คีโม ยิ่งเบื่ออาหาร โรคนี้ถ้าน้ำหนักลดก็อันตรายต่อคนไข้เอง อาหารทานได้คล้ายๆ อาหารคนจีน ต้มจืด ปลา ที่ไม่ใช่อาหารรสจัด...” (ID6T1F คุณแม่มะเร็งปอด)

“...เบื่ออาหารก็กินนมเสริมเนื่องจากมันเป็นคนโชคดีที่เป็นคนกินนมเก่ง พี่จะไปซื้อ แอนลีนกล่องผสมสตอเบอร์รี่จะซื้อมาเสริมเผื่อมันเบื่อ บางทีก็เบื่อกินข้าวผัด ข้าวมันไก่ เอาอะไรแปลกใหม่หน่อย ...เหมือนปากเขาจะไม่ปกติ เราทำไม่เผ็ดเยอะ แต่เขาบอกเผ็ดเยอะ พอตอนหลังก็จะบอกว่าการรับรู้เขาไม่เหมือนเรา เผ็ดเรานิดเดียวแต่เขาเผ็ดมาก บางทีเราก็คิดว่ามึนแกล้งหรือเปล่า มันบอกเผ็ดจริงๆ ...เพราะเรากินได้ แต่ไม่เผ็ดแต่จะเหม็นกระเทียม ก็จะเหม็นในสิ่งที่เราไม่รู้สึกรู้สึก บางทีผัดอะไรไม่ใส่กระเพราะจะกินได้ จะเรื่องเยอะ บางทีไม่อร่อยเราไม่เข้าใจแต่ลิ้นเขาจะไม่เหมือนเรา... บางอย่างเราบอกมันน่ากิน มันบอกไม่อร่อย คุณแลคนป่วยบางทีก็ของขึ้นนะ ใครจะมาเป็นแม่พระตลอดเวลา มันเรื่องมากอะไรก็ไม่เอา ไม่อร่อยก็ไม่ต้องกิน...” (ID7T2F, ID7T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...แก้อ่อนเพลียเพราะว่าคีโมตัวนี้มันแรงมากแกสู้ไม่ไหว ข้าวปลากินไม่ได้เลยนะ พยายามให้แกกินรองท้องก็กินไม่ได้ ก็จะเสริมนมโปรตงโปรตีนให้กินกับพวกผัก พวกผลไม้สดเอามาปั่น ผลไม้ก็จะเป็นพวกลำไย พวกแก้วมังกร ...” (ID8T2M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ให้เขากินอาหารอ่อน ข้าวต้มเพราะมันเกี่ยวกับลำไส้เขาโดยตรง คือมันย่อยง่าย ง่าย...” (ID10T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...คนที่ให้พวกเคมี ฉายแสงพวกนี้เขาทานข้าวไม่ได้ มันจะมีสภาพแบบนี้แหละ พี่ก็จะเอานมคือวันหนึ่งอ่า เขาจะต้องทานนมสามแก้ว พี่จะให้เขาทานเข้ากลางวันเย็น อย่างที่เขาให้คีโมเสร็จอย่างนี้เขาจะทานข้าวได้น้อยลงก็ต้องอัดนมเพราะถ้าพี่ไม่ช่วยเสริมอย่างนี้ผลเลือดครั้งต่อไปเนี่ยเขาไม่ได้เลย พอผลเลือดไม่ได้เขาก็ให้คีโมไม่ได้ (ผลเลือด : ค่าจำนวนเม็ดเลือดขาวที่สมบูรณ์ (ANC) หากมีค่าต่ำแพทย์จะพิจารณาไม่ให้เคมีบำบัด)...” (ID12T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ)

“...ถ้าแกตอนนี่ (ตอนให้ยาเคมีบำบัด) แกทานข้าวทานอะไรไม่ได้ ก็จะทำให้กินอาหารอ่อนๆเป็นพวกโจ๊กใส่ปลา ข้าวต้มใส่ปลา...ให้กินอาหารอ่อนเพราะปากเขามีแผลที่มันเกิดหลังได้ยาเคมี ...” (ID11T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...ก็กินแบบเดิมซ้ำๆที่กินได้เพราะอย่างอื่นกินไม่ไหวเพราะรสชาติออกเค็มหมดตั้งแต่ได้ยาเขาก็จะเค็มหมด จะบ่นเค็มกินอะไรก็เค็ม...” (ID13T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

### 1.2.3 การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบที่พึงพอใจ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ทานอาหารได้น้อยหรือบางรายมีเจ็บในช่องปากซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่อยากทานอาหาร ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลเรื่องอาหารโดยให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่ชอบที่อยากทานเพราะถ้าเป็นอาหารที่ผู้ป่วยชอบหรืออยากทานแล้วผู้ป่วยจะทานอาหารได้มากขึ้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลจะมีการสอบถามผู้ป่วยอยู่บ่อยครั้งเพื่อจะได้หาอาหารให้ทานตามความชอบของผู้ป่วย และผู้ให้ข้อมูลมีการรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่อีกไม่นานตอนที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ ยังทานอะไรได้ก็จะหาให้ทานและหากเป็นอาหารแสลงก็จะไม่ห้ามเพราะเป็นความสุขของผู้ป่วย ซึ่งเป็นการดูแลที่ใช้ความเข้าใจ ไม่ใช้การบังคับหรือมีข้อจำกัดทางอาหารมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอึดอัด ความเครียด ดึงคำให้สัมภาษณ์

“...เรื่องอาหารเขาอยากกินอะไรก็ทำให้เขากินเพราะเขาจะได้มีแรง เรื่องอาหารไม่ได้ห้ามเขา เขาอยากกินอะไรก็ให้เขากินไปเลยคะ...ที่จะให้เขาเป็นคนเลือกว่าเขาอยากกินอะไรแล้วพี่ก็จะซื้อให้กิน เหมือนเขาอยากกินอะไรที่กินได้จะไม่ห้ามเขา บางตัวก็เหมือนของแสลง แต่ถ้าเขาอยากกินพี่ก็จะให้เขากิน ...บางตัวก็กินไม่ได้นะอาหาร แต่ถ้าเขาอยากกินพี่ก็จะซื้อให้กิน ทั้งๆที่เราว่ามันไม่ดีเราก็ตอบซื้อให้เขากินฮ้อ(ถอนลมหายใจ) ...ก็ส่วนใหญ่ก็จะเป็นเรื่องกินนะคะ เขาชอบกินอะไรเป็นพิเศษเราก็จะหาให้เขากิน คือเขาก็จะขอกินของที่แสลงโรค พวกน้ำบ๊วยน้ำมะนาวซื้อให้เขาทานนะคะเพราะว่าคือเขาไม่กินน้ำเปล่าเลยเขาจะกินน้ำแบบนี้ที่มีรสชาติแล้วก็เย็นๆ เพราะว่าปกติเขาชอบน้ำเย็นอยู่แล้ว ...ตามใจเขาเรื่องกินเพราะเป็นความสุขของเขา เขากินอะไรได้เขาก็มีความสุข เราคนดูแลเราเองก็มีความสุขเหมือนกัน (เสียงเบา) แต่เราไม่พูดเยอะเพราะพูดเยอะเดี๋ยวเขางอน...” (ID1T1F คุณแม่ผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะ)

“...เขาชอบกินของแสงเงา ปลาหมึกกุ้งพวกนี้โคเลสเตอรอลสูง วันนี้เขากินผัดผงกะหรี่มันมีกุ้งแต่เขากินข้าวได้เยอะก็ค้อยกว่ากัน ถึงมันจะเป็นของแสงเงาแต่คนใช้โรคมะเร็งเนี่ยเขากินอะไรไม่ได้อยู่แล้ว อะไรที่เขากินได้เราก็ให้เขากินไปเถอะอย่าไปห้ามเขาเลย โรคอย่างอื่นค้อยกว่ากันตอนนี้ไฟกัลโรคมะเร็งก่อนคะ คอเลสเตอรอลมันเป็นไขมันเขามีไขมันอยู่แล้ว...คือโรคมะเร็งมันมาเป็นอันดับหนึ่งเลยมันแข่งทุกโรคมานะคะเราต้องดูแลโรคมะเร็งก่อน ถ้าเรามองว่าอันนี้เขากินไม่ได้อันนั้นก็กินไม่ได้เขาก็จะรู้สึกว่าเขาจะเบื่อหน่ายกับตัวเองถูกจำกัดในเรื่องของกิน เขาคงรับไม่ได้เขาคงไม่มีความสุขหรอกคะ ไอ้โน่นก็ห้ามไอ้นี้ก็ห้ามเราก็เลยไม่บังคับ แต่ก็กำชับให้เขากินยาเบาหวานไขมันแทนไปนะคะแต่ก็อย่างหนึ่งเขาก็ไม่ได้กินทุกวัน บางวันเราก็นึกไม่ออกก็ช่วยเขาคิด เขากินได้มากกินได้น้อยแต่เขาก็กินนะที่อาซื้อให้เขากิน...เราก็ไม่รู้ว่าเขาจะอยู่ไปอีกนานเท่าไรแต่เขายังอยู่เราก็จะซื้ออะไรให้เขากินเนี่ยคะ เราไม่ได้สาปแช่งเขาแต่คือตอนเนี่ยเขายังอยู่กับเรา เพราะฉะนั้นถ้าสมมุติว่าเขาอนป่วยจริงๆ สักวันเขาต้องแอดมิตร่างกายเขาอ่อนเพลียกินไม่ไหวแล้วนะ เขาจะต้องนอนเหมือนเป็นผัก คือเขาก็จะกินอะไรไม่ได้ เราจะมานึกเสียใจย้อนหลังหรือเปล่าคืออีตอนนั้นเขาอยากกินอะไรแล้วทำไมเราไม่ให้เขากิน ตอนนั้นเขากินได้ก็ให้เขากินไปดีกว่า ถึงเวลานั้นแล้วไปขยับขยอให้เขากินเขากินไม่ได้แล้วไง เพราะฉะนั้นอยากกินอะไรให้กินไม่ได้บังคับคะ...” (ID1T2F ดูแลผู้ป่วยกระเพาะปัสสาวะ)

“...จะถามเขาอยากกินอะไร อยากกินน้ำไอ้โน่นอยากกินขนม ผลไม้ไอ้โน่นแล้วก็หาไว้...เราก็จะถามคนใช้ว่าอยากกินอะไร แล้วก็ทำให้กิน เราก็ไม่ทำส่งเดชต้องถามเขาอยากกินขนมอะไรมาก็ไปหามา ...แปดโมง รอรถขายของมาก็ถามเขาว่าจะกินอะไรก็จะไปซื้อให้เขาตามที่เขอยากกินโดยที่เราจะไม่ห้ามเขาเลย ขอให้เขากินได้เราก็สบายใจแล้ว ไปซื้อให้เขากิน...” (ID3T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...อยากกินขอแค่ให้เขาบอกเราก็ไม่ห้ามเลย แต่เราจะบอกว่า ซื้อให้กินแล้วช่วยกินให้เยอะๆหน่อย เขาก็พยายามกินให้เรานะ เขาสั่งให้เราซื้อก็แสดงว่าเป็นของชอบที่เขาอยากกิน เขาก็จะกินได้ เอาแบบนี้เขาจะได้กินอะไรได้ เราเลยต้องถามเขาบ่อยๆว่าอยากกินอะไร บางอย่างที่เขาชอบกินแล้วมันอันตรายพยายามไม่ให้เขากินแต่ถ้าอยากกินมากๆก็ให้กินได้นิดหน่อย ห้ามมากเกินไปก็ไม่ดี เหมือนเขาก็อดอดกินไปเขาจะเครียด เราเอาแบบสบายๆดีกว่า ...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...เขากินอะไรไม่ค่อยได้อยู่แล้วแต่วันไหนอยากกินผักกระเพราะจิ้ง เราให้ทานได้แต่ไม่เยอะมันจะไม่ดีกับคนไข้แต่ถ้าไม่ให้ทานเลยคนไข้จะรู้สึกว่ามันเบื่อจ้งเลย เหมือนโดนบังคับตลอดเวลา...” (ID6T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...การหาคำกับข้าว เรื่องทำอาหารที่จะไม่ค่อยมีเวลาทำ จะซื้อตามตลาดเพราะอยู่ใกล้ตลาดหรือบางทีก็ต้มข้าวต้มบ้างนิดหน่อย พี่ไม่ค่อยชัดเขาจะกินอะไรก็ให้กินยกเว้นของหมักดอง ผักสดหลายๆที่พี่จะห้าม...” (ID7T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...อยากกินอะไร กินผลไม้อะไรเป็นพิเศษ ก็จะออกไปซื้อเอาที่แกอยากกินก็จะซื้อให้แกกิน ...ถ้าแกอยากกินอะไรเป็นพิเศษอย่างเช่น ผัก ผลไม้อะไรอย่างเงี้ย แกก็จะบอก เราก็จะปั่นน้ำผักที่มันมีพวกแครอทให้แก ...แกอยากได้ อยากกินอะไรก็พาไปกินไปหา ก็แค่ขอให้บอกก็จะพาแกไปตลอด แกอยากกินผักก็แค่พาแกไปซื้อผักเอามาทำน้ำผักก็คือแกอยากได้อะไรก็คือพาเขาไป ...พอเย็นเลิกงานมาผมก็จะไม่มีอะไรมาก ก็จะออกไปตลาดซื้อกับข้าวซื้อผักมาให้แก...” (ID8T1M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ก็กินต้มจืด ก็กินนะและจะมีกล้วยเตี๋ยว ป๊อๆๆ ก็ถามจะกินไหม กิน เอ้าไปซื้อเขาจะมีคนมาขายที่หน้าบ้านประจำมาป๊อๆๆ ...ถ้าเขาอยากกินอะไรจะออกตลาดอยู่ใกล้บ้านและของกินเดินออกมาสะพานนิดเดียวมันก็จะไม่มีของขายเต็มไปหมดเลย... จะซื้อแต่ตามใจเขาคือว่าจะมีร้านขายกับข้าวแล้วบ้านติดกัน ก็จะเป็นแบบให้ไปเลือกเอาเอง...” (ID10T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เวลาแกอยากทานอะไรก็จะบอก พี่ก็จะหาให้คะ อย่างตอนเย็นแม่จะทานของเหลวๆ พวกข้าวต้มโจ๊ก ตอนเช้าข้าวสวยกับปลา ผักต้มผักลวกเอาที่แกแบบอยากทาน...” (ID11T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...กลางคืนพี่จะใส่กระติกให้ เขาชอบกินนมกล่อง พี่จะเอาไว้ให้กินกลางคืน เขาจะหิวคือเขามีความที่หิวบ่อย เขาก็จะเจาะนมกิน เตี้ยวันนี้จะซื้อขนมปังให้ด้วย...” (ID12T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ)

### 1.3 การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสบายและความปลอดภัย

การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเป็นสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญเพราะความสะอาดจะช่วย  
ให้ผู้ป่วยสบายและปลอดภัยจากการติดเชื้อ สำหรับวิธีการทำความสะอาดเพื่อส่งเสริมความ  
สบายและความปลอดภัยจากการติดเชื้อมันผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าได้รับมาจากโรงพยาบาลและนำวิธีการ  
ดูแลที่ได้รับไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน วิธีในการดูแลนั้นจะไม่ให้ผู้ป่วยนอนเตียงที่เปื้อนปัสสาวะ  
เพราะคำนึงถึงความสะอาดโดยผู้ให้ข้อมูลทำความสะอาดเปลี่ยนผ้าปูที่นอนทุกวัน มีแผ่นผ้ายางรอง  
เพื่อไม่ให้น้ำปัสสาวะเปื้อนเตียง เลือกใช้เตียงนอนแบบพลาสติกหรือแบบยางเพราะว่าทำความสะอาด  
ได้ง่ายและไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค และด้านความปลอดภัยมีการดูแลความสะอาดพื้นห้องน้ำให้  
แห้งและสะอาดอยู่ตลอดจะช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้นจากการลื่นล้มในห้องน้ำได้  
ซึ่งเป็นกลวิธีในการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม ดังคำให้สัมภาษณ์

“...เรื่องหนึ่งที่ต้องดูก็คือเรื่องความสะอาดเขาจะฉี่เปื้อนที่นอนบ่อย ไม่ใช่เขาฉี่รดที่  
นอนนะคะเขาฉี่เปื้อนเพราะว่าเขาใช้คอมพิวเตอร์ (กระบอกปัสสาวะ) มันก็มีทกกลงที่  
นอนบ้าง เขาอ่อนแรงครึ่งซีกเนอะ บางทีมือเขาไม่ถนัดข้างนึง มันไม่ตรงมันแฉลบ  
มันก็เลยเปื้อนผ้าปูที่นอน เราก็จะเปลี่ยนผ้าปูที่นอนตลอดทำให้สะอาดคะ...เปลี่ยน  
ผ้าปูเนี่ยเปลี่ยนทุกวันเลยคะ เน้นความสะอาดเพราะว่ากลัวแผลเขาจะติดเชื้อ...”  
(ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...ตอนเขาท้องเสียเนี่ยปาก็ต้องคอยเช็ดผ้าฉี่ เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เขาใหม่ตลอด  
เพราะว่าเขาถ่ายออกมาโดยที่ไม่รู้ตัว เขาก็จะบอกว่าเค้าถ่ายโดยที่เขาไม่รู้ตัวอยู่ๆ  
มันก็ออกมาเอง มันไหลออกมาเองเขาเดินเข้าห้องน้ำไม่ทันมันร่วงมาเลย เลอะ  
กางเกงเลอะผ้าฉวม ผ้าปูที่นอนอะไรพวกเนี่ยที่เขานอนพันตัวเขาก็เลอะหมด เราก็จะ  
เปลี่ยนให้สะอาดแล้วก็ไม่ได้ว่าอะไร...” (ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...บ้านเราต้องทำความสะอาดดูฝุ่นเข้าเย็น ความสะอาดเนี่ยสำคัญโรคนี้นะ...เตียง  
ห้องแอร์เขาจะได้อยู่สบายแล้วก็เตรียมเตียงเอาแบบให้เขานอนสบาย ที่นอนควรจะ  
เป็นแบบพลาสติก เป็นแบบยางนะจะดี แล้วผ้าปูที่นอนแบบโรงพยาบาลเป็นผ้ายาง  
บางๆนะแบบนั้นนะดี มันไม่หมักหมม อย่าไปใช้พุกแบบโบราณเราเอาแบบพองน้ำ  
พลาสติก แบบโรงบาลมันเป็นยางแค่เช็ดก็จบ ถ้าผ้ามันจะหมักหมม ที่นี้ก็เปลี่ยนผ้า  
ปูที่นอนเอาให้สะอาดอยู่ตลอด ชักตลอดพอเขาลุกขึ้นตอนเย็นก็ซัก...” (ID3T1M  
ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)



“...แต่ก่อนใช้เตียงธรรมดา ตอนนี้ใช้เตียงคนป่วยคนข้างบ้านมาให้ วิธีการเปลี่ยน ผ้าปูที่นอนก็คือ พี่ดูแบบจากโรงพยาบาลว่าเขาเปลี่ยนกันอย่างไร พี่เอาผ้าห่มบางๆ ทำเป็นผ้าปูที่นอนก็คือเปลี่ยนทุกวัน แต่ก่อนที่จะกลับมาที่ว่าช่วงเมษายังคงเปลี่ยน แบบ 2 วันเปลี่ยนที เปลี่ยนช่วงที่เราอ้อมแกลงมาจากเตียงเพื่อนั่งรถเข็น ช่วงนี้อากาศ ร้อนแล้วมีกลิ่นอับ บางทีคุณยายถ่ายแล้วเลอะบ้าง เราเลยเปลี่ยนทุกวันช่วงเช้า เท่านั้น...” (ID5T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...คุณบางที่ถ้าแพมเพิสล้นเปียกที่นอนก็เปลี่ยน ผ้าปูที่นอนก็จะมีหลายๆผืนหน่อย มีผ้าขาวไว้ 2 ผืนสลับกัน พี่ก็จะเหมือนกับบออยู่ในโรงพยาบาล ที่นอนมีผ้าแผ่นยาง คล้ายๆอยู่โรงพยาบาล ถ้าเขาฉี่เปลี่ยนก็เอามาซัก ซักก็ซักปกติก็ใช้น้ำยาซักผ้าของเรา...” (ID7T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...ต้องสะอาดนะโรคนี้ ต้องเอาน้ำร้อนลวกถ้วยชามจานช้อนให้สะอาดจะล้างแบบ ธรรมดาไม่ได้เพราะเขาติดเชื่อได้ง่ายกว่าคนปกติ ยิ่งเม็ดเลือดต่ำมากเขาจะเปลืองง่าย และก็ติดเชื่อในร่างกายง่าย ให้อะไรเรื่องความสะอาดเนี่ย เราต้องดูเรื่องพวกเสื้อผ้าด้วย จะไม่ให้ใส่ซ้ำเลย ซักให้ตลอดแล้วก็เอาไปตากแดดให้ฆ่าเชื้อ...สำคัญคือเข้าห้องน้ำ ก่อนเข้าต้องคว่ำลิ้นไหม ต้องเอาผ้าเช็ดให้สะอาด บางทีเราไม่เช็ด ห้องน้ำไม่สะอาด มันจะลื่น เขาล้มได้ต้องระวัง เราต้องพยายามเช็ดพื้นให้แห้ง ถ้าล้มไปละเสร็จเลย” (ID4T1M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ห้องนุ้ห้องน้ำต้องให้สะอาดสะอาดอ่านตลอด แม้กระทั่งเสื้อผ่งเสื้อผ้าอะไรเนี่ยนะ แบบเอาความสะอาดเป็นหลัก ...ที่นอนคอยหมั่นเปลี่ยนคอยอะไรให้เขา เราไม่ใช่ว่า ซักน้ำยาฆ่าเชื้อซักแล้วเอาไปตากอาไฟไหม เรามีชั้นตอนมากกว่านั้นก็เอาน้ำยาคี ดิด ฉีดผ้าที่นอนและผ้าห่มฉีดยๆ แล้วก็ตากเอาไว้อย่างนั้นอีกแล้วก็ไปเข้าตู้อบอีกนะ มันถึงจะสะอาดก็ทำให้เอา ไม่รู้ดีทำเต็มที่ให้ดีที่สุดเลย ก็ดำกันทุกวันแต่ก็ดูแลเขาดี อ่า(หัวเราะ) ...” (ID10T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ห้องน้ำก็ต้องบอกให้แม่ราดเยอะๆมันจะได้ไม่มีสารเคมีตกค้าง เสื้อผ้าเราจะ แยกซักไม่ซักปนกันมันจะสะอาด ไม่มีสารเคมีตกค้าง...” (ID8T1M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็ง ปอด)

“...ต้องดูแลเขามากขึ้นเรื่องส่วนตัว เรื่องเสื้อผ้า ต้องคอยดูเขา ...เสื้อผ้าแยกซัก เพราะฉายแสงมาไม่ซักรวมกับของเรา เพราะมีแสงสี สารเคมี รังสี...” (ID13T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

#### 1.4 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย

ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นย่อมส่งผลต่อจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมักมีอาการ ชุนมัว ซึมโหม หงุดหงิดง่ายขึ้นจากเมื่อก่อนที่ไม่เคยเป็น บางรายมีความเครียดที่เกิดจากความคิดมาก และบางรายที่ความเจ็บป่วยส่งผลต่อจิตใจทำให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจในการมีชีวิตอยู่ต่อ ขาดกำลังใจในการสู้กับโรคและการรักษา ทำให้ผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดคอยอยู่เคียงข้างและให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมามีแรงสู้กับโรคร้ายและการรักษาเพราะการรักษานั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมาน ซึ่งการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยนั้นประกอบด้วย 3 มิติ ดังนี้ 1.4.1 กำลังใจและความปลอบโยนจากคนรอบข้าง 1.4.2 การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด 1.4.3 ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 1.4.1 กำลังใจและความปลอบโยนจากคนรอบข้าง

ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะคุกคามทางจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยขาดกำลังใจในการต่อสู้กับโรคและการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักเกิดความรู้สึกไม่ไหวกับการรักษาและบางรายเกิดความรู้สึกไม่ยอมมีชีวิตอยู่ต่อ ซึ่งการลูกลามของโรคทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมานส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ ผู้ให้ข้อมูลดูแลโดยการอยู่เคียงข้างคอยปลอบโยนและให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยอดทนสู้ พยายามพูดให้กำลังใจบ่อยๆ ผู้ป่วยจะได้ไม่ท้อหรือหมดกำลังใจ ดังคำพูดของผู้ให้ข้อมูล “...จะบอกคุณแม่เสมอว่า เราจะสู้ไปด้วยกันแม้ว่าคุณแม่จะไม่เหนื่อยจะท้อหรือว่าจะเจ็บป่วยอะไร ขนาดไหนก็ยังมีที่อยู่ข้างๆตลอด...” (ID6T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด) การได้รับกำลังใจจากญาติผู้ใหญ่ที่เคารพและการได้รับข้อความทางช่องทางไลน์เพื่อส่งกำลังใจก็ช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังทางจิตใจและเกิดกำลังใจ ดังคำให้สัมภาษณ์

“...คนไข้มะเร็งเขาต้องการกำลังใจ พยายามพูดให้กำลังใจเขาบ่อยๆ เรื่องบางอย่างเขารู้ก็จะกังวล ตกใจ แต่ก็ต้องยอมรับความจริง เราก็บอกเขาว่าไม่ต้องตกใจไม่เป็นไรหรอก ไม่ต้องคิดมากหมอบอกว่ามันกระจายไปแล้วนะ เราก็บอกเขาไม่เป็นไร คนทุกคนก็เป็นแบบนี้...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...เราก็บอกให้เขาสู๊ เขาชอบบ่นว่าเขาไม่ไหวแล้วเขาไม่อยากจะอยู่แล้ว เราหทัยแก แก ต้องสู๊นะ คนที่เขาช่วยเขายังไม่บ่นสักคำ ถึงเวลาตายมันตายเองแหละ บอกให้เขาสู๊ สู๊เพื่อคนรอบข้าง ” (ID3T2M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...พี่สงสารเขา เราอยู่ด้วยกันตลอดพี่เลี้ยงเขามาตั้งแต่เด็ก พี่อยากให้เราดูแลพี่ตอน พี่แก่ ชีวิตคือความไม่แน่นอนกลายเป็นพี่ที่ต้องดูแลเขาซะเอง แต่เราก็คูยกับเขาให้ กำลังใจกับเขาบอกเขาสู๊ๆนะxxx เป็นกำลังใจให้กันและกันพยายามคูยกันให้เยอะๆ มีอะไรก็คูยกันปลอบใจกันไป...เราก้จะให้กำลังใจเขาตลอด คือxxxไม่ต้องคิดมาก เราสองคนต่างสู๊ไปด้วยกันแต่ที่เขาเป็นโรคมะเร็งเราก้จะบอกเขาตลอดว่าสู๊ไปด้วยกัน ชูสองนิ้วแล้วก็สู๊ไปด้วยกัน บอกเขาตลอดคะ สู๊ไปด้วยกัน...” (ID1T1F, ID1T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...ให้กำลังใจเขา คุณเก่งนะคุณอดทนมากเลยแต่คุณต้องอดทนอีกหน่อยคุณต้องอดทนให้ที่สุดเลยเดือนนี้มันจะเป็นเดือนนรก ...หมายถึงว่าเขาเจ็บป่วยเขาทำอะไรไม่ได้เขาหงุดหงิดเขากินไม่ได้ทุกอย่างเลย ในความรู้สึกที่เขาแยเพราะเขาก็พูดมาเหมือนกันว่าทำไมถึงเป็นแบบนี้ อะไรแบบนี้มันเป็นนรก เราก้หุดหู่เหมือนกันนะคะ แต่รู้ว่าเป็นแค่การเริ่มต้น (แววตาเศร้า มองลงต่ำและร้องไห้ น้ำตาไหลออกมา) ก้จะให้กำลังใจเขาตลอด ...พี่น้องของเรานะคะ เขาก้ถามไลน์มาเรื่อยๆ ตั้งแต่โควิดมาก็ไม่เจอใคร มีอะไรก็ไลน์ เขาจะไลน์มาว่าลุงอดทน ต้องสู๊... เขาก้จะไลน์มาถาม มาให้กำลังใจลุงด้วย ให้กำลังใจป่าด้วย ป้าก็เอาไลน์ให้ลุงดูว่า เพื่อน ญาติพี่น้องเขาส่งข้อความมาให้กำลังใจ ลุงก็ไม่พูดแต่เขาก้รับรู้ ป้าก็รู้นะว่าลุงเขาก้มีกำลังใจ ” (ID2T1F, ID2T3F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...คนในครอบครัวนี้แหละที่จะทำให้เขามีแรงสู๊คะ เราก้ให้กำลังใจว่าเราก้ดีกว่าคนอื่นอีกคือ เรารักษาฟรี เรามีคุณพ่อมารับมาส่งให้กำลังใจ บางคนเขามาคนเดียวชีวิตในแต่ละวันเขายังไม่รู้เลยว่าเอาเงินที่ไหนขึ้นรถ กินข้าว ทุกอย่างเราพร้อมเราก้ต้องสู๊ให้มองคนอื่นที่ด้อยกว่าเรา ว่าเรามีทุกอย่างทำไมเราจะไม่สู๊...พี่คิดว่าครอบครัวสำคัญที่สุด คนไข้จะมีกำลังใจต่อสู้กับสิ่งนี้ได้เนี่ยครอบครัวต้องเป็นส่วนสำคัญ...ก้จะบอกคุณแม่เสมอว่า เราจะสู๊ไปด้วยกันแม้ว่าคุณแม่จะเหนื่อยจะท้อหรือว่าจะเจ็บป่วยอะไร ขนาดไหนก็ยังมีพี่อยู่ข้างๆตลอด พี่เป็นกำลังใจให้แม่ตลอดยังไงก็ไม่ทิ้งคุณแม่แน่นอน...” (ID6T1F, ID6T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...กำลังใจสำคัญอันนี้ที่พูดตลอด คนรอบข้างทุกคนใครมาเยี่ยมจะให้กำลังใจทุกคน ... เพราะมีอยู่หนึ่งครั้ง เขาพยายามฆ่าตัวตายแต่ใจมันไม่ถึงเลยไม่ตาย เอาเข็มขัดมารัดคอแล้วอ๊วกน้องสาวเห็นเลยมาช่วยไว้ทัน พี่ก็ถามว่าทำไมอยากตายหรือ ก็xxxอยู่ แล้วเป็นภาระคนนั้นคนนี่ ไม่อยากเป็นภาระต้องมาเหนื่อยเพราะxxx แล้วเคยถามแม่สักคำไหมว่าแม่เหนื่อย ถ้าไม่เคยถามว่าเหนื่อยอย่ามาคิดแทน ถ้าแม่เหนื่อย แม่เอาไปทิ้งวัดละ ทุกวันนี้ยังอยู่ดีกินดี มีเตียง มีแอร์ให้ลูกอยู่จะเอาอะไรอีก ยังมีคนที่แย่กว่าเรา เราต้องสู้ชนะลูก แต่วันนี้ท้อใจไม่สู้ก็ไม่หายแต่แม่เชื่อมั่นจะต้องดีขึ้นจำคำแม่ไว้นะ ...แล้วก็คือรายการxxx (เป็นรายการโทรทัศน์ที่ให้ผู้ที่มาแข่งขันเล่นเกมชิงเงินรางวัลเพื่อเอาไปปลดหนี้) เป็นนะเรื่องเหมือนกันเขาอยู่กระต๊อบ เราตีกันว่าเขาตั้งเยอะ เห็นไหมยังมีคนที่แย่กว่าเรานะ เขาจะได้มีกำลังใจ...” (ID7T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...ไปเจอปู่ตายเขาที่รู้ว่าเป็นอย่างเนี่ยอ่า(เป็นมะเร็ง) เขาก็ให้กำลังใจให้มาตลอดแบบว่าแม่แกเห็นตาก็บยายแกก็มีแรงขึ้น ทางนั้นก็ให้กำลังใจเขาด้วย เขาก็บอกว่าเขาอยู่ได้ก็เพราะกำลังใจจากลูกหลาน มีหลานตัวเล็กฟังตลอดได้ไม่กี่เดือน...” (ID8T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...บางทีคิดอยากฆ่าตัวตาย เขาเคยเอาน้ำยาล้างห้องน้ำมาไว้จะกินและมีกลิ่นหายใจแต่ทำไม่ได้ คือพี่จะขอบพูดว่าทำไมคิดจะขอบฆ่าตัวตาย เขาก็บอกเขาไม่ได้อยากอยู่แล้วพี่ก็จะบอกแบบให้กำลังใจให้เขาสู้ อย่าท้อกับชีวิตเลย ถ้าxxxตายไปแล้วจะอยู่กับใคร เราต้องสู้ชนะกันไปด้วยกัน...” (ID12T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ)

“...เราเข้าใจเธอว่า หากเราไม่เป็นเราไม่รู้หรือว่าเป็นอย่างไร เราก็อยากเห็นเธอสู้ เพราะอยากเห็นเธออดทน เรารู้ว่ามันเจ็บมันทรมานเราก็ให้กำลังใจแค่ให้เขาสู้ออดทนนะก็แค่พูดอดทนเพราะไม่มีคำไหนพูดแล้วนอกจากคำว่า อดทนสู้...” (ID13T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เขาก็ท้อถอย เราก็บอกทุกคนก็ต้องสู้ ให้กำลังใจเขาและบอกให้เขาคุยคนอื่นที่แย่กว่าเรา...ก็บอกเขาว่าช่วงรักษาจะเจ็บป่วย ช่วงนี้ต้องอดทนไปก่อนให้ถึงที่สุด ถ้าเราไม่รักษาจะอาการแย่ง ช่วงรักษาอาจจะมีการเจ็บปวดก็ต้องอดทนถ้าไม่รักษาจะยิ่งแย่งก็บอกเขา...” (ID13T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

การแวะเวียน มาเยี่ยมก็เป็นอีกหนึ่งสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่า วันหยุด ลูกหลานญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงานของผู้ป่วยเมื่อทราบข่าวผู้ป่วยถึงการเจ็บป่วยจะ มาเยี่ยม บางรายซื้อของมาฝากมาให้กำลังใจผู้ป่วย ผู้ป่วยดีใจที่มีคนรอบข้างมาให้กำลังใจ ถึงกับร้องไห้ออกมา การให้กำลังใจของคนรอบข้าง ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการมีชีวิตรอดและสู้ กับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยพยุงใจของผู้ป่วยให้สามารถผ่านพ้นกับช่วงที่ เรียกว่าวิกฤติทางจิตใจไปได้ ดังคำให้สัมภาษณ์

“...จะมีเพื่อนถามมาว่าพี่xxxอยากกินอะไร จะมีเพื่อนส่งของมา ส่งพัสดุ ส่งมาบ่อย มีน้ำพริก พวกผลไม้ดอยคำมะเขือเทศ สตอเบอร์รี่ เป็นลังเลยที่เขาส่งมาให้โดยเจ้าตัว ไม่ได้มา...วันนั้นไปขายของ แล้วเพื่อนเอาของมาห้อยไว้เต็มหน้าประตูรั้วเลย มีทั้ง ผลไม้ ของกินที่xxxเขาเคยเอ่ยกิน พอถามว่าxxx ของใครวะเต็มหน้าบ้านเลย xxx บอกไม่รู้ไม่ได้รับโทรศัพท์ เพื่อนเขาน่าจะเกรงใจ xxxจะได้พักผ่อนเลยเอาห้อยไว้ที่ ประตูแทน คือคนป่วยเขาก็มีกำลังใจเพื่อนฝูงเขามาเยี่ยม...” (ID1T3F คุณแลผู้ป่วย กระเพาะปัสสาวะ)

“...ลูกหลาน ญาติพี่น้องมาให้กำลังใจ ว่างๆเสาร์-อาทิตย์ มาให้กำลังใจเพื่อนๆที่สนิทที่เขาเคยช่วยเหลือตอนเขาเป็นครูหัวหน้าหมวด ลูกน้องเก่าเขาจะมาเยี่ยม รู้ว่าชอบกินอะไรก็ซื้อของมาฝาก ตัวเขาไม่ค่อยอยากให้มาเพราะบอกมันเสียเวลาเขา มาไกล เพราะเขาก็ต้องซื้ออะไรมาฝาก ...มาเป็นกำลังใจให้ บางทีป้าดีใจก็ร้องไห้ บางคนหลายปีแล้วไม่ได้เจอ มาเจอก็ร้องไห้ คนเยอะๆมาเยี่ยมเขาดีใจ เพื่อนฝูง ตั้งแต่สมัยเรียนหนังสือแล้วจบมาทำงานเป็นครูสอน...” (ID4T2M คุณแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ลูกศิษย์ลูกหาเขาทำงานกันดีดีเป็นใหญ่เป็นโตกันก็หลายคน ความสุขของการเป็นครูครับ ผมเข้าใจแฟนเลย พอเขามาหามาเยี่ยมนะเขาดีใจจนร้องไห้ออกมาเลย ครับ อย่างบางคนที่เขาช่วย ลูกศิษย์เขาเป็นเด็กดีเขาก็ให้ทุนเด็กเรียน บางคนจบมาก็มาหา เขาก็จะดีใจ ให้ทุนปีละ 2 คน เป็นพี่น้องกัน ฝาแฝด เป็นเด็กเรียนเก่ง สอบเข้าโรงเรียนxxxได้ด้วย ตอนนี้อยู่ที่ห้องไอซียูที่โรงพยาบาล 2 คนเลย เขาก็เคย มาเยี่ยมบ๊ากก็ดีใจก็ร้องไห้...” (ID4T2M คุณแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...กำลังใจสำคัญ บ้านผมเนี่ยมันสะดวกล้อมรอบไปด้วยพี่น้องรั้วเดียวกันพี่น้องอยู่ด้วยกัน 6-7 คนบ้านคนละหลังแต่ดูแลให้กำลังใจซึ่งกันและกัน บ้านไหนป่วยก็จะ

แวะมาถาม แวะมาดูแลกัน กำลังใจดีเพราะว่าพี่น้องล้อมรอบ...เขา(ญาติพี่น้อง) จะเข้ามาถาม เป็นยังไง กินได้ไหม เขาก็จะซื้อของตลาดมาฝาก เขามาเยี่ยมมาให้กำลังใจ มาถามประจำเป็นอย่างไรบ้าง มากี่โมง เป็นไงบ้าง เพลียไหมอย่างนี้แหละ...” (ID3T2M, ID3T3M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...น้ำเขานม ซื้อผลไม้มาฝาก มาเยี่ยมให้กำลังใจ ทำให้แวกำลังใจดี คนละแวกบ้านก็ถามไถ่ เห็นก็เป็นอย่างไรบ้าง แยกก็บอกสบายดีถ้าไม่หน้ามืดนะก็โอเค...” (ID11T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

การให้กำลังใจด้วยการกอด การสัมผัสจับมือ หอมแก้มและกระซิบที่ข้างหูแล้วบอกให้ผู้ป่วยสู้ๆ และการอยู่เคียงข้างในยามที่ผู้ป่วยต้องทนทุกข์ทรมาน ร้องไห้ จะคอยปลอบโยน คอยช่วยเหลือ คอยมอบกำลังใจให้ผู้ป่วยเพราะผู้ให้ข้อมูลอยากให้ผู้ป่วยสู้ไม่ท้อ เป็นเหมือน “การซาร์จพลังใจ” ให้ผู้ป่วยมีกำลังใจขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์

“...เขาก็จะหลับตาแล้วเขาก็จะนอน เราก็ไม่ได้พูดอะไรกับเขามากแต่ก็ปล่อยให้เขานอนหลับตาไป แล้วก็พูดให้กำลังใจที่หูเขา หอมแก้มบ้าง หอมหัวบ้าง สัมผัสบ้างจับมือบ้างและบอกให้เขาสู้สู้...เราจะใกล้ชิด จับมือ จับแขน ยิ้ม ให้เขาแต่ทั้งที่เรา ก็โดนเขาดู แต่เราก็ทำ เราอยากให้เรารับรู้ที่เรารักเขา อยากให้เขามีกำลังใจ...” (ID2T1F, ID2T3F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...ที่จะกอดคุณแม่เสมอและบอกว่าให้คุณแม่สู้และก็ให้สู้ไปด้วยกันอันนี้ก็จะบอกทุกวัน การกอดเนี่ยเป็นสิ่งสำคัญมากๆเลยคะ มันช่วยให้หัวใจของคนสองคนมาใกล้กันมากขึ้นซึ่งพี่มองว่าเหมือนเป็นการซาร์จพลังใจเลย...” (ID6T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...เรากอดแม่ทุกวัน รักแม่ เรากอดเพื่อให้กำลังใจแม่ อย่างวันแม่ก็ไหว้ทุกปี วันแม่ก็หาอะไรมาให้แแก่ ไหว้แแก่ทุกปีแม่แแก่ก็ร้องไห้ลูกหลานก็มาไหว้หมด แแก่บอกแแก่มีบุญที่ได้อยู่ดูอะไรอย่างนี้...” (ID11T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...เขาร้องไห้ คือผมเป็นคนพูดน้อย ไม่ค่อยได้บอกให้สู้อะไรหรอก ผมว่าการอยู่ใกล้ๆเป็นการให้กำลังใจเขาดีที่สุดแล้ว โดยที่ไม่ต้องบอกไม่ต้องไปบอกอะไร เขาจะ

ลูกไปไหนอยู่ใกล้ๆ เขาจะไปไหนเราก็อพยายามช่วยจับ มันทึที่สุดแล้ว ไม่จำเป็นต้องไปพูด การกระทำมันบอกทุกสิ่งแล้ว...” (ID9T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

#### 1.4.2 การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่รับรู้ว่าคุณป่วยนั้นมีความเครียดอยู่ในตัวที่เกิดจากความเจ็บป่วยอันทุกข์ทรมาน ทั้งนี้ความเครียดจะส่งผลกระทบต่อการทำงานของโรคให้มีการลุกลามรวดเร็วขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลหากวิธีในการจัดการความเครียดให้กับผู้ป่วย ที่ใช้บ่อยมีขบวนการพูดคุยเรื่องราวในอดีตที่มีความสุขด้วยกัน พูดคุยเรื่องตลกเพื่อทำให้หัวเราะ หยอกล้อเล่นกับผู้ป่วย ดูช่อง Youtube ดูโทรทัศน์ให้เพลิดเพลิน พาผู้ป่วยไปเที่ยว พาไปทานข้าวนอกบ้าน เพื่อเปลี่ยนบรรยากาศ วิธีเหล่านี้ล้วนเป็นการช่วยให้คุณป่วยเกิดความสบายใจขึ้น ไม่จมอยู่กับความทุกข์ช่วยให้คุณผ่อนคลายความเครียดลงได้ ดังคำให้สัมภาษณ์

“...เราต้องพยายามไม่ให้เขาเครียดทำให้หัวเราะ เวลาเครียดมันจะมีผลต่อตัวโรคโดยตรง พยายามทำให้เขาหัวเราะ ...บ้ำเขาเครียดง่าย ถ้าเขาเครียดสีหน้าเขาซึม เราพยายามพูดปลอบใจจนเราถึงเวลามันก็ต้องไป...บ้ำแกเคยสงสัยไปถามหมอว่าบ้ำจะตายเร็วไหม หมอบอกว่าพยายามกินให้ได้ออกกำลังกายไว้ไม่ตายหรอกคะ เขาก็หัวเราะ พยายามให้เขาหัวเราะไม่เครียด...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...เราพยายามไม่ให้เขาเครียดอะไรบอกว่าถ้าคุณจิตใจสบายโรคต่างๆมันจะหนีไปเอง ยิ่งไปคิดไปเครียดมันจะยิ่งเอาใหญ่ ...เล่าเรื่องเก่าๆ ที่เขาเคยประสบมาที่เขาไม่เครียด เรื่องเพื่อนเขาสมัยสาวๆหนุ่มๆไปเที่ยวกันแล้วชอบทำเป็น ๆ แบบเวลาเดินไปแล้วจูงหมาพอกลับมาหมาจูง (หัวเราะ) พยายามไม่ให้เขาเครียด ...เห็นเขาสบายดียิ้มแย้มแจ่มใสเราก็สบายใจด้วย บางทีแหยมูกเขาตอบมาบ้างก็ดีใจแล้ว บางทีก็แอบจีเขา ให้เขาหัวเราะหรือแอบไปจับข้างหลังจับก้นเขา เขาหันมาเอ๊ะอะไร ทำให้เขาสบายใจ(หัวเราะ) เราไม่อยากให้เขาเครียด และเราพยายาม ทำสีหน้าให้ดีพอเขารู้ว่าเราเครียดเขาจะเครียดมาก...” (ID4T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...พาท่านไปเที่ยวปีละ 3-4 ครั้ง ร้านกาแฟเดือนละครั้ง เราก็บอกว่าถ้าให้คีโมเสร็จจะพาไปเที่ยวให้ผ่อนคลาย ปกติบ้านสวนที่โคราชจะอากาศดีแล้วเราทำสวนอาชีพ

เสริมปลูกน้อยหน้า แก้วมังกร อะโวคาโด เวลาเราอยู่บ้านเราก็จะพาท่านเดินเที่ยวดู ต้นไม้ท่านจะสบายใจ ไม่เครียด...” (ID6T1F คุณผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...พี่ก็จะเล่นกับมันเหมือนเด็กน้อย บางทีก็จับแขนมัน สมมุติว่าเราเปิด YouTube แม่ๆxxxชอบเพลงนี้ ไอ้xxxมันชอบฟังเพลงพอเปิดเพลง แม่เคยซ้อมต้นนะเว้ย ก็เดินเล่นๆ กันก็จับแขนจับขาพามันเดินตามเพลงเขาก็มีความสุขนะ ...บางทีพี่ก็ไป เกาตีมันก็สะดุ้ง อัยแม่ เออบอกรู้สึกหรรษา ก็รู้สึกสิ ก็แห่เล่นมันจะได้ไม่เครียด ของมัน...” (ID7T1F คุณผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...ก็ชวนคุยแบบไปเที่ยวอุ่นเที่ยวนี้ คุยเรื่องที่เคยมีความสุขด้วยกัน ไปเที่ยวบ้าน โสธรบ้าง พาไปดูนู่นดูนี่ครับ ชวนคุยว่าจะพาไปทานข้าวเขาก็จะสบายใจขึ้น จะได้ หายเครียดไปบ้าง อยู่กับบ้านนอนคนเดียวอย่างเดียวก็มีความสุขไปผ่อนคลายก็ จะหาย ...” (ID9T1M คุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เขาเครียด คนอยู่ด้วยกันมันดูออกบ้างถึงไม่ยากให้เขาฟัง ถ้าเขามีความนิ่งบ้าง คิดของบ้างเหมือนความเจ็บบอะไรๆ มันเริ่มละหนักมันเริ่มฉายละชินอะไรมันขึ้นมา อาจจะไม่อินแต่ค่อยๆ โผล่ๆ ขึ้นมา (หากเริ่มเจ็บก็เริ่มเครียด) แต่บ้างพยายามจะให้ดู หนักๆ ก็จะชวนเขาคุยที่นั่นคุยที่นี่ เราจะคุยที่นั่นคุยที่นี่คุยให้ฟังเมื่อคืนฉันฝันนี่นะอะไรนี้ นะ พระอันนี้เป็นอย่างนี้จะคุยอย่างนี้เลยคลายเครียด...” (ID10T1F คุณผู้ป่วยมะเร็ง ลำไส้)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

“...ตอนที่เรายู่ด้วยกันเราไม่มีอะไรเลย เรากินข้าวกับน้ำพริกจำได้ไหมน้ำพริก ชี้นูชอย เราก็กินกันอย่างนี้มาจนคนข้างๆเขาเห็นเขาสงสัยอะไร เขาก็เลยทำอะไร เขาก็ส่งมาให้กินอยู่เรื่อยๆเลย (เรื่องราวในอดีต) ก็จะคุยเรื่องของวันวานที่เคยผ่าน อะไรมาด้วยกันเขาก็จะคิดตามแล้วลืมนะอะไรอะไรที่มันทำให้เขาเครียด...” (ID10T2F คุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...แกก็เล่นกับลูกหลานก็ไม่เครียดเพราะว่าลูกหลานก็พูดแห่พูดตลก ยายไอนี้ก็ขำ เหมือนกันมีลูกมีหลานก็ได้ขำตัวเล็กแก้วขบ ลีบขบก็เล็กเรียนมาก็มาเล่นกับยาย เปิดโทรศัพท์เปิดตลกให้ยายดูในยูทูปอันนี้ก็ขำกับหลาน...มันทำให้แกสบายใจด้วย แกก็จะไม่เครียดไป...” (ID11T1F คุณผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)



### 1.4.3 ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หลากหลายและแปรปรวนได้ง่าย หากไม่ถูกใจสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลทำให้หรือผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สบาย เช่น อาการปวด หรือผู้ให้ข้อมูลคะยั้นคะยอให้ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์เหวี่ยง หงุดหงิด โมโห หรือบ่นตำผู้ให้ข้อมูลด้วยถ้อยคำหยาบคาย ครั้งแรกที่พบเหตุการณ์ดังกล่าวผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางรายรู้สึกโกรธ รู้สึกโมโหแต่ทำอะไรไม่ได้ ต้องนั่งอย่างเดียวนื่องจากการโต้ตอบด้วยอารมณ์ไม่ได้ทำให้อะไรดีขึ้น ต้องคิดเสมอว่า “เขาป่วย” และคิดต่อว่า หากตนเองป่วยคงมีความรู้สึกเช่นเดียวกับผู้ป่วย ดังนั้นทางออกที่ดีที่สุดคือ ผู้ให้ข้อมูลควรนั่ง ไม่ควรโต้ตอบแต่จะหาวิธีการให้ผู้ป่วยอารมณ์ดี เช่นในกรณีที่ผู้ป่วยปวดจะช่วยนวดบรรเทาอาการให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายแล้วลืมนอารมณ์หงุดหงิดนั้นไป ดังคำให้สัมภาษณ์

“...คนไข้เขาเหวี่ยงใส่เราเนี่ยเพราะว่าเขาไปไหนไม่ได้ เขานอนติดเตียงเราต้องคิดย้อนกลับไปเราเข้าใจเขา ที่เขาเหวี่ยงใส่เรา เราก็นิ่งไม่อะไรและก็นิ่งไปปรับอารมณ์ในบ้านเสร็จ ก็ใจรุ่มๆแล้วเราก็มามากุ้ยกับเขา...”(ID1T3F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...ดูแลกินยาก่อนนอน กินน้ำกินนม เขาก็จะบอกว่าเดี๋ยวกินเอง เราไม่ต้องไปบอกเขาบ่อยเดียวเขาโมโห ...เขาระบายอารมณ์ใส่เรา คือโมโหเราว่าอย่าคะยั้นคะยอให้เขากินอยู่นั้นแหละ คือวูบแรกเนี่ยเราก็ตกใจเพราะเราอยู่กันมาเนี่ยมันไม่เคยมีเหตุการณ์พวกนี้เกิดขึ้นนะ ไม่ค่อยมีเราก็ตกใจนิดนึงแล้วที่รู้สึกโมโหก็มีมนุษย์นะคะ เขาอาละวาดใส่เรา เราก็มโหแต่เป็นแค่ช่วงฮึดใจเดียวคะมันก็หาย มันไม่ได้โมโหเป็นชั่วโมง สองชั่วโมงไม่ใช่เพราะว่าเขาป่วย แต่แรกๆเราก็มโหเหมือนกัน อะไรมาโมโหใส่เราทำไม แต่พอเราเข้าใจเจ็ยเราก็ดูเฉยๆละ ไม่ต้องไปเถียงเขาอะไรเขา เราก็โอเคเราก็มไม่ให้เขากิน อาจจะไม่ได้พูดอะไรเจ็ยคะ ก็ปล่อยมัน ชั่งมัน เราก็นิ่งเอา..... คนป่วยเขาก็จะไม่มีเหตุผลหรอก เราก็ดูเข้าใจเขาอะ ถ้าเราป่วยเราก็ดูรู้สึกเหมือนกันและอีกอย่างเขาเคยลุกขึ้นได้เคยเดินได้คล่อง เคยกินนู่นกินนี่ได้อะไรเจ็ย กลับกลายเป็นกินเข้าไปแน่นท้องก็เจ็บในปากด้วย หลายเหตุผลหลายอย่างทำให้เขาเป็นแบบนี้เราก็ดูต้องนั่งให้ใจเราเย็นและเขาอารมณ์ดีขึ้นวันอื่นผ่านไปเราก็ดูค่อยๆ กับเขาโรคมะเร็งเนี่ยต้องใช้ใจล่วนๆคะ ถ้าเราจะไปเถียงไปดูเขาก็เปล่าประโยชน์เลยคะ ลู้เราเนี่ยและยอมเขาไปก่อนดีกว่าจะเป็นทางออกที่ดีที่สุดแล้ว” (ID2T1F , ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...คนป่วยเขาหงุดหงิดทุกคนครับ เหมือนเราเป็นไข้หวัดเราก็กังหงุดหงิดเลยแต่ ไข้หวัดมันหายได้ แล้วนี่เขาเป็นมะเร็งเราต้องเข้าใจเขามากๆเลย ต้องเข้าใจเขาว่าป่วยเราจะได้ไม่ว่าไร เราก็กินยาบ้างที่ยาเราให้เขาตรงเวลาเขาก็บ่น อะไรกินอีกแล้วหรือ เราก็บอกว่าถึงเวลาที่ต้องกิน ถ้าไม่กินเราจะไปหาหมอทำไม แต่เขาก็บ่นบ้างหงุดหงิดบ้าง เราต้องเข้าใจคนไข้ว่าเขาป่วย เขาชอบหงุดหงิดใส่เราตลอดเพราะเขาไปลงกับใครไม่ได้ไง...” (ID3T2M คุณแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ก็มันต้องยอมนิ่งนะเพราะถ้าไม่ต้องการให้เขาไว้วางใจ ...เขาก็เครียดนะทำไงได้ คนเป็นพวกนี้เราต้องเปิดใจให้กว้าง อารมณ์เขาแปรปรวนแปร ความเจ็บปวดของเขามีแต่มันมีอะไรที่ปะทะจิตใจเขาอยู่แล้ว ทุกวันนี้เขาก็รู้ว่าเขาเป็นมะเร็งเขาก็รับรู้ เขาก็แยะ เขาก็จะใส่อารมณ์ มึง ภู เขาจะด่าบ้างอย่างนั้นอย่างนี้ ด่าหยาบๆคายๆบ้างก็ยังนิ่ง แล้วก็ทำอะไรของป่าให้เสร็จๆไป แล้วก็เปิดโทรศัพท์ดูนั่นดูนี่ให้ความรู้สึกมันอ่อนลง บางครั้งก็โกรธเขาซะแต่มันก็ต้องนิ่ง ทำอะไรไม่ได้เพราะไม่เกิดประโยชน์...” (ID10T2F คุณแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เหมือนเขาพูดอะไร เราฟังเราไม่ต้องเถียงฟังอย่างเดียว เวลาแกหงุดหงิดเราก็กฟังแกอย่างเดียวเราก็กไม่เถียงก็จะมีอะไรก็เงียบและก็นิ่งๆให้แกอารมณ์ดี ให้แกขำ ...เขาหงุดหงิดเวลาเขาปวดตามกระดูก แล้วเราก็กถามเอาไง ปีบให้หมอนวดให้หมอนเป็นอะไรจะเอานุ่นหมอนนี่หมอนอย่างเนี่ย แบบแกอยากได้อันนี้เรานวดให้แก แกก็จะใจเย็นแกผ่อนคลาย เดี่ยวแกก็ลืมๆไปเอง...” (ID11T1F คุณแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...เขาอาชี้อะไร พืชไม่พูด พืชเงียบไม่เถียงเพราะพืชตอบเขาก็จะครีคราดยังไม่โหเข้าไปใหญ่เพราะว่าอยู่กับมา เวลาไม่โหก็จะมีเงียบ เราก็กเข้าใจเขาด้วยแหละคือเขาอยู่ในสภาวะที่มันอดให้คิดมากไม่ได้ ว่าตัวเองอาคือมองไม่เห็นทุกที่ต้องใส่เครื่องช่วยฟัง ทำงานไม่ได้ต่อไปจะทำยังไงเอาที่ไหนมากินคือเขาก็กคิดมากเขาก็จะชี้หงุดหงิดง่าย โวยวายบ่อยแต่เราจะไปเปลี่ยนความคิด นิสัยของเขาเราก็ต้องนิ่งไปจะดีกว่าทุกวันนี้ที่ยังทนเขาได้เพราะพี่รักเขา คำเดียวเลยคะ (ร้องไห้)...” (ID12T1F, ID12T2F คุณแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ)

### 1.5 การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีความบอบช้ำภายในจิตใจส่งผลให้มีความฟุ้งซ่าน ผุดลุกผุดนั่งนอนไม่ได้ทุรนทุราย จิตใจไม่สงบ ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสงสัยได้ให้การดูแลตามเชื่อทางศาสนาด้วยการนำธรรมะเข้าสู่จิตใจเพื่อหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบ ปล่อยวาง ให้ใจอยู่ในสภาวะที่สบายด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยประกอบกิจทางศาสนา มีการสวดมนต์เพื่อให้จิตใจสงบก่อนเข้านอน ไหว้พระตักบาตรทำบุญ ฟังเทศน์อ่านหนังสือธรรมะ ใช้การเจริญสติด้วยวิธีภาวนา พุทโธ สูดลมหายใจเข้า ออก ยาวๆ ลึกๆ เพราะการมีสติจะช่วยระงับความฟุ้งซ่าน เกิดความสงบช่วยให้จิตใจสบาย ปล่อยวางชีวิต ปลงกับสังขารร่างกายที่มันไม่เที่ยง เกิดขึ้นมาและก็ต้องจากไป ดังคำพูด “...ธรรมะจะช่วยให้จิตใจของเราดีขึ้น ปล่อยวางได้ ปลงได้กับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา ที่ในตอนนั้นก็กับความตายที่มันอยู่ใกล้กันซะเหลือเกิน ...” (ID10T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้) ซึ่งการน้อมนำธรรมะช่วยให้ผู้ป่วยปล่อยวางและช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจที่สงบขึ้น ดังคำให้สัมภาษณ์

“...เขาผุดลุกผุดนั่งนอนไม่ได้มันร้อนข้างในมันทุรนทุรายเขาทรมานมาก พี่ก็บอกให้เขาใจเย็นๆนะลูก ถ้านอนไม่ได้ก็สวดมนต์และทำจิตใจให้ปล่อยวางนะ บอกเขาให้สวดมนต์แล้วมันจะหลับ ถ้าสวดไม่ได้ก็เปิดฟัง ใส่หูฟังแล้วจะนอนหลับมันช่วยได้จริงๆนะ เราต้องข่มจิตใจเราให้ได้ จะปล่อยวางได้จิตใจจะดีไม่ฟุ้งซ่าน สงบขึ้น ... เราบอกให้เขาตั้งสติเขากลับมาก่อนมาอยู่กับตัวก่อน แล้วให้เขาพยายามนั่งอยู่หนึ่งๆ อยู่กับตัวเองจะดีมากที่สุด แล้วค่อยๆปล่อยวางนั่งหลับตาเลยนะคะนั่งหลับตาเลย สูดหายใจเข้ายาวๆ ลึกๆ เจริญสติ แล้วค่อยๆคิดว่าตอนนี้มีสติอยู่กับปัจจุบัน อย่าให้มันฟุ้งซ่านมีสติมากๆ คนเรามีปัญหาเข้ามาเยอะ ต้องอยู่กับตัวเองตั้งสติแล้วก็ให้หนึ่งไว้ก่อนพอเรามีสติมันจะดีที่สุดมันจะปล่อยวางได้ คือการสวดมนต์เนี่ยดีที่สุดคะ ... มันจะช่วยให้เขาสงบได้ ไม่ต้องทรมาน ...” (ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...เขาชอบไปวัดทำบุญ ไปไหว้พระเพราะมันจะช่วยให้เขาปล่อยวางได้ มันปลงได้ ...บางที่เราขับรถพาไปเที่ยว เขาอยากไปไหว้พระก็จะพาเขาไปไหว้พระ ผมจะไปกันเกือบทุกอาทิตย์นะ ไปวัดไร่ขิง วัดโสธร วัดบ้านแหลม ไปวนอยู่แถวนี้แล้วก็ไปถวายสังฆทานไปเกือบทุกอาทิตย์นะไปแล้วเขาสบายใจ เขาปล่อยวางชีวิตได้ ...เขาเคยพูดว่าถ้าเขาต้องจากไป ก็คงจะไปได้อย่างสงบ ...” (ID3T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...จะพาเขาไปไหว้พระ ไปวัดดั่งๆ ถ้าขับรถผ่านมองเห็นพระก็ไหว้ในรถ...ชอบทำบุญ สมัยปู่ย่าตายาย ทำบุญมาแต่เล็กเลยติดนิสัย ไหว้พระก็อยู่ในรถ เราก็ไปปักธูปให้เพราะว่าเขาหลงลำบาก ...จะใส่บาตรกันตอนเช้า พระจะมาหน้าบ้านทุกวันที่พาเขาใส่บาตรตอนเช้า ...แล้วให้เขาอ่านหนังสือธรรมะจะได้ปล่อยวาง คนเราเกิดมาต้องตายอยู่แล้วทำให้เขาสบายใจที่สุด ...บางวันก็เปิดเทปธรรมะให้เขาฟัง จิตใจของเขาจะได้สงบไม่ฟุ้งซ่าน...” (ID4T1M, ID4T2M คุณผู้ช่วยมะเร็งเต้านม)

“...จะให้คุณแม่ได้สวดมนต์ก่อนนอนท่านจะได้สบายใจ แกจะได้ปล่อยวางได้เพราะแม่ชอบนอนไม่หลับ แกจิตใจฟุ้งซ่าน ...ใช้ธรรมะเข้ามาช่วยแกก็เริ่มที่จะมีปล่อยวางตัวของแกได้บ้างแล้ว...” (ID6T2F คุณผู้ช่วยมะเร็งปอด)

“...ถ้าตรงกับวันอาทิตย์จะเป็นวันหยุดของผมกับพ่อ ผมก็จะพาแกไปวัดไปทำบุญ ก็ไปทุกอาทิตย์ ถ้ามีเวลาก็จะไปประมาณสามวัดแกก็ชอบๆ ไปตามวัดแบบนี้พวกวัดหนองโพก วัดลานมัน วัดอะไรเยอะแยะที่ดั่งๆ แกก็จะไปทำบุญของแกเมื่ออาทิตย์ที่แล้วก็ไปวัดสว่างมา แกบอกไปทำบุญแล้วแกสบายใจ แกสบายนะ แกปล่อยวางนะ แกไม่ได้สนใจว่าชีวิตแกจะไปได้ถึงไหน แกปล่อยวางตัวแกเลย และไม่ได้สนใจว่าพรุ่งนี้จะเป็นอย่างไรหรือว่าจะจากไปหรือจะอยู่ แค่อยากทำบุญไปเรื่อยๆไม่ต้องคิดว่าวันข้างหน้ามันจะเป็นอย่างไร คิดแค่ว่าวันนี้ใช้ชีวิตเสร็จปั๊บ ตื่นมาพรุ่งนี้ก็ใช้ชีวิต ใช้ชีวิต ใช้ชีวิตไปเรื่อยๆของแก...เหมือนแกก็ปลงกับชีวิตแล้ว อะไรจะเกิด(ความตาย) ก็ให้มันเกิด...” (ID8T1M คุณผู้ช่วยมะเร็งปอด)

“...ก็จะพาไปทำบุญที่นั่นที่นี่ พาไปทำบุญ ไปทำบุญอยุธยาบ้าง อ่างทองบ้าง แกชอบทำบุญแกปล่อยวางได้ ...ถึงชอบพาแกไปทำบุญตามวัด แกปล่อยวางได้ แกสงบแกยอมรับความจริง(ความตาย) ของแกว่าจะเป็นอย่างไรต่อ ...” (ID9T1M คุณผู้ช่วยมะเร็งลำไส้)

“...ตอนนี้ก็มีธรรมะกลางคืนเปิดให้เขาฟังธรรมะว่าปลงได้แล้ว สว่างขึ้นมาและก็ดับไป เหมือนเทียนไขที่มันหมดแล้ว...พระเขาสอนสังขารร่างกายไม่ใช่ของเรา ไม่มีอะไรเป็นของเรา มันไม่เที่ยง ไม่มีอะไรสักอย่างที่ไม่เที่ยงแท้แน่นอนจากความดี ความชั่ว ...ไม่มีอะไรชีวิตมีอย่างเดียวตอนเนี่ยนะคือการภาวนา พุทโธ พุทโธ หรือไหว้พระเราจะพาเขาทำทุกคืน ...ธรรมะจะช่วยให้จิตใจของเขาดีขึ้น

ปล่อยวางได้ ปลงได้กับความตายว่าเป็นเรื่องธรรมดา ที่ในตอนนี้กับความตาย  
ที่มันอยู่ใกล้กันซะเหลือเกิน ...” (ID10T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...จะให้แกไหว้พระเพราะว่าแกก็นอนอยู่ที่ห้องพระ เอาพระไว้บนหัวที่นอน  
แกก็จะไหว้ ...แกจะสวดมนต์ทุกคืน แกเคยมีพูดนะว่า ชีวิตนี้แกทำอะไรแล้ว  
เหมือนแกก็ปลงกับชีวิตของแกได้แล้ว ...ถ้าวันหนึ่งที่แกจะต้องจากไป(ความตาย)  
ก็คงจะไม่มีห่วงอะไร แกปล่อยวางได้...” (ID11T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

### 1.6 การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักพบว่ามีความกลัวตายเพราะว่ายังทำใจไม่ได้หากต้องตายซึ่งพบได้  
บ่อยในผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยมักมีความกลัวภายในจิตใจ กลัวตายเพราะว่ายัง  
ยอมรับความตายไม่ได้ กลัวตายเพราะลูกยังเล็กใครจะช่วยดูแลลูก กลัวตายไปแล้วจะไม่มีโอกาสได้  
เห็นหน้าลูกหลาน มักทำให้ผู้ป่วยคิดมาก ฟุ้งซ่าน จิตใจไม่สงบ เหมือนเป็นโรคจิต ซึ่งทำให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว  
ไม่ได้ หากต้องอยู่คนเดียวผู้ป่วยจะมีความกลัวตายมากขึ้น ในรายที่รุนแรงมักมีอาการสั่นและ  
รุนแรงถึงขั้นสติหลุด เป็นปัญหาที่ต้องเผชิญเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนได้แก้ไข  
ปัญหาด้วยวิธีการชวนพูดคุย พยายามไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว คอยเฝ้าให้ผู้ป่วยอยู่ในสายตาและใช้  
วิธีการประคบอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย จะช่วยให้แก้ไขปัญหากลัวตายของผู้ป่วยให้ผ่อนคลายลง ดัง  
คำให้สัมภาษณ์

“...เขาตาบอดเขาจะซีก็กลัวมาก เขาจะนั่งสั้นเลยลำบากมากเลยบางที่ต้องมาเอาใบ  
ส่งตัวที่โรงพยาบาลก็ต้องล็อกบ้านปิดเขาอยู่บ้านคนเดียว คือเขาบอกว่า xxxกลัวว่า  
xxxกลัว xxxกลัวการอยู่คนเดียว xxxอยู่คนเดียวไม่ได้ ...เขากลัวตายเพราะว่าเขายัง  
ยอมรับความตายไม่ได้ ยิ่งเขาตาบอดแบบนี้เหมือนมันยิ่งไปซ้ำเติมเขา เขากลัว  
มากขึ้นเพราะคนตาบอดมันเหมือนเขาจมอยู่กับความมืด เขาจะมีอาการโดยเฉพาะ  
ตอนที่เขาอยู่คนเดียว เขาจะกลัว(กลัวตาย) แบบๆ กลัวมากๆอะ ...เขานั่งสั้น เหมือน  
บางที่กลัวจนสติหลุด คือแบบเขากลัวมันแก้ไม่ได้แต่พอมาหลังๆมันก็ลดลงนะเรา  
พยายามไม่ให้เขาอยู่คนเดียว เขาอยู่คนเดียวไม่ได้เพราะเขากลัว...เขายอมรับไม่ได้  
เลยเรื่องเนี่ย(ความตาย) ...กลางคืนเขาจะถอดหูฟังออกเขาก็จะตาบอดและก็แทบจะ  
ไม่ได้ยินอะไร เราก็จะอยู่ข้างๆเขาแบบนี้แหละเขาจะได้ดีขึ้น...” (ID12T2F ดูแล  
ผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ)

“...อะไร อะไรที่เขานิ่งหรือเจียบนะเหมือนอะไรต่างๆมันกำลังฉายขึ้น ขึ้นต่างๆ มันขึ้นในหัวของเขาเต็มไปหมดมันพุ่งช่านมากจนทำให้เขากลับ ความคิดมันเหมือนหลอกหลอนทำให้เขามีความกลัว แล้วยิ่งอาการเขาก็แบบนี้เขายังกลัวมาก กลัวมากๆ เขากลับตายมากที่สุดเขาเลยต้องมาหาหมอเพราะเขายังไม่ยอมตาย ...พอเขาอยู่คนเดียวแล้วเขาพุ่งช่าน เหมือนเป็นโรคจิต เหมือนเขากลับ ปากก็ปล่อยให้เขาอยู่คนเดียวไม่ได้เลยจะอยู่กันแต่ไม่ไกลมากแต่จะอยู่ในสายตาให้พอมองเห็นกัน ...เหมือนพอเขารู้ว่าป่วยเป็นมะเร็งเขามีความกลัวนะ คือเขากลับตาย...ก็ดูแลแบบพอถึงเวลาก็ไปคุยกับข้าวกับปลา อาบน้ำ เข้านอนดูแลกันตลอดแบบนี้อาการไอที่วากลับ (กลัวตาย) นะเขาจะดีขึ้นนะ ...” (ID10T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เหมือนว่ายังให้แกอยู่คนเดียวไม่ได้ แกจะยังคิดต้องคอยมีคนอยู่เป็นเพื่อน ...เขากลับไปหมด เขากลับ เขากลับตายกลัวอะไรของแกไปหมดจากที่แกเคยบอกนะ...แบบแกจะไปทำอะไรไม่ดี กลัวมากแบบสติหลุดก็ต้องมีคนเฝ้าอยู่เป็นเพื่อนแม่แกตลอด...ถ้าลึกๆแม่แกก็ยังไม่วายตายเร็วๆนี้ แกยังอยากอยู่ต่อเห็นลูกหลานโตแล้วแกมาป่วยเป็นแบบนี้เท่าที่พี่รู้นะแกก็กลัวตาย ถ้าตายไปแล้วจะไม่ได้เจอหน้าหลานอีกมันทำให้เขายังกลัวอยู่กลัววันที่เขาจะตาย ...แต่คำว่าตายนี้แม่เขาจะไม่ให้เราพูดเลยนะ เพราะเขาไม่ชอบ...” (ID11T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...คนเป็นมะเร็งใหม่ๆเขายังทำใจไม่ได้หรอก เขาก็ยอมมีกลัวตายบางแหละใครก็รู้ว่าโรคนี้นั้นอย่างไร...เพราะอะไรมันก็ไม่แน่นอนบางคนยังเห็นกันอยู่ พออีกวันก็ตายแล้วพวกนี้แหละมัน ...พยายามไม่ให้เขาอยู่คนเดียว เขาก็จะบอกว่าเขาคิดไปนั่นไปนี่ คิดมาก คิดไปเรื่อย คิดมากจนเขาแบบกลัว เราก็จะชวนคุยกับหาอะไรให้เขาดูเพลินๆไป เขาก็จะหายกลัวเขาสงบขึ้น ...” (ID4T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...พยายามไม่ให้ท่านอยู่คนเดียวเพราะอยู่คนเดียวท่านจะกลัว...ท่านกลัวตายมาก เพราะท่านยังทำใจไม่ได้หากจะต้องจากไป...เราก็จะพยายามพูดคุยกับคุณแม่บ่อยๆ และก็จะพูดคุยเยอะๆ ไม่ปล่อยให้คนไข้อยู่คนเดียวเลยเพราะอยู่คนเดียวจะทำให้คนไข้คิดเยอะแล้วก็พุ่งช่านและก็จะกลัวอะบางที และก็จะเสพติดข้อมูลอินเตอร์เน็ตเยอะ...ข่าวที่มีคนตายก็จะยิ่งทำให้มีคิดมาก แบบทำไม ทำไมแบบนี้ ...บางทีมันก็จะคิดมากไปได้ว่าตัวเองจะเป็นอย่างนั้นเป็นอย่างนี้ จะต้องตายเร็วๆนี้เพราะโรคอันนี้ แต่เราก็จะพยายามไม่ให้คุณแม่อยู่คนเดียวเลย ถ้าพี่ไม่ประกบคุณแม่พอก็จะเป็นคนประกบอย่างนี้

เลยคะ ...” (ID6T1F, ID6T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...พยายามไม่ให้เขาอยู่คนเดียว เขาคิดมาก เขายังทำใจยอมรับไม่ได้เขากลัวตายอะ บางทีเขาก็พูดว่าไม่อยากห่างกับเราเพราะถ้าห่างกันแล้วเขาเป็นอะไรขึ้นมาล่ะ เหมือนแบบเขากลัวตายอะ ...เขากลัวตายเพราะลูกก็ยังไม่โต เขายังไม่อยากจะไป (เสียชีวิต) และเหมือนบางทีเขายังหวังว่ารักษาไปแล้วมันจะมีโอกาสรอดไง เขาก็มา รักษาตอนนี้แหละมันจะได้รอด มันจะได้หายมันจะได้ไม่ตาย...เราก็เลยจะไม่ค่อยให้ เขาอยู่คนเดียวเลย เขากลัวอะ ถ้ามีคนอยู่ด้วยจะดีเขาจะสงบเลยละ” (ID13T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

## ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน

การได้รับความช่วยเหลือของผู้ให้ข้อมูลเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้ให้ข้อมูลและบุคคลผู้อื่น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในเรื่องการผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนดูแลผู้ป่วยเนื่องจากในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถดูแลเพียงลำพังได้เพราะจะส่งผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพจึงได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแล เช่น ค่ารถมาพบแพทย์ตามนัด ค่าอาหารเสริม เป็นต้น ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินเพราะผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีรายได้ไม่เพียงพอ และผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือเกี่ยวกับข้อมูลความรู้ การชี้แนะ คำแนะนำ หรือข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลจากแพทย์ พยาบาล ซึ่งเป็นการได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ นอกจากนี้ยังได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชนมีส่วนร่วมดูแลในรูปแบบสิ่งของและบริการจากจิตอาสาในชุมชนมีส่วนร่วมดูแล นำของมาแจกจ่ายพวงมาลัย หน้ากากอนามัย และมาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งการได้รับความช่วยนั้นเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนนั้น ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อยคือ 2.1 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว 2.2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ และ 2.3 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว

ครอบครัวเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยเหลือสนับสนุนให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้เพราะการดูแลผู้ป่วยนั้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถออกไปทำงานเพื่อหารายได้เพิ่มเติมที่จึงได้รับการช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และหากผู้ให้ข้อมูลต้องรับผิดชอบดูแลเพียงลำพังอาจทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกเหนื่อยหรืออยากถอนตัวจากการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ จึงควรได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก

ครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย 2 มิติ คือ 2.1.1 การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน และ 2.1.2 การผลัดเปลี่ยน หมุนเวียนดูแล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 2.1.1 การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน

ได้รับความช่วยเหลือแบ่งเบาภาระด้านเงินเนื่องจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้ ประกอบอาชีพ หรือมีรายได้ไม่สมดุลกับรายจ่าย และมีบางรายต้องลาออกจากการประจำ เพราะไม่สามารถทำงานได้บ่อยเนื่องจากต้องลาออกเพื่อพาผู้ป่วยมารับการรักษา ในการดูแลนั้นย่อมมีค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการเดินทางพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด ค่านมค่าอาหารเสริมเนื่องจากผู้ป่วยบางรายทานอาหารได้น้อยมีความจำเป็นในเรื่องของอาหารเสริม ค่ายา ค่าน้ำค่าไฟ ค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นอาจสร้างความหนักใจและความเครียดให้กับผู้ให้ข้อมูล ถึงผู้ให้ข้อมูลจะหางานเสริม เช่น การร้อยพวงมาลัย การรับงานเป็นแบบพาร์ทไทม์ แต่ในบางครั้ง รายได้ก็อาจไม่เพียงพอจึงได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัว ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ค่ารถก็จะประมาณ บางทีถ้ารถไม่ติดก็ 300 ไปแท็กซี่ ผมมาจากบางบอน เมื่อก่อนอยู่ใกล้ๆบางบอน ไปกลับก็จะ ประมาณ 500 600 บาทมันก็หลายบาทอยู่ ค่ายานอกบัญชีที่เบิกไม่ได้อีก ค่าอาหารเสริมของแม่แต่ละเดือนอีก ทำงได้ก็แม่เนอะ ได้เฒ่าแก่แกก็ช่วยบ้าง ช่วยตัวเองบ้าง พ่อช่วยบ้าง ก็หลายตั้งแต่ละรอบ พวกอาหารเสริมและยาที่เป็นส่วนเกินที่เบิกไม่ได้เฒ่าแก่ก็จะช่วย ทำงานกับเขามา นานอย่างนี้เ็นาะ แม่อยู่กับแกมานานมากแล้ว แกก็รักแกก็ห่วง ห่วงแม่เหมือนลูก เฒ่าแก่แกดีมากับแม่ตลอด ก็เลยช่วยเหลือช่วยเงิน แกก็รู้สึกเสียดายเลย อาหารเสริมแกก็ซื้อมาให้ ลำพังถ้าจะให้เราซื้อเองคงหาเงินไม่ทันให้แม่ใช้รักษาตัวหรอก ครับ ได้เฒ่าแก่ช่วยเรื่องเงินตรงนี้ด้วย...” (ID8T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...นั่งแท็กซี่ไปกลับก็สิ่ร่อยกว่าบาท บางทีไปกลับเกือบห้าร้อยอ่า ก็มาถี่เลยละช่วงนี้ ก็ทำอย่างไรได้อ่า ก็มาตามหมอนัด ต้องมาทุกเดือนเพราะหมอxxxบอกแล้ว เขาจะต้องใกล้ขีดหมอตลอดเพราะอาการเขาดาวน์ลงมาก และพวกค่ารักษา ผ่าตัด ห้องพิเศษ ลูกเขาคนโต (ลูกของสามีกับภรรยาเก่า) เขาออกให้ทั้งหมด ลุงไม่ได้ทำงานแล้ว ลูกเขาก็จะส่งเงินให้ใช้ซื้ออะไรกิน ...ค่าใช้จ่ายในบ้าน ค่ารถ ค่ารา ค่าไปหาหมอ ได้รับอาทิตย์ละ 5000 8000 บ้างเนี่ยอยู่อย่างเนี่ย...” (ID10T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)



“...อาหารเสริมพวกนมของแม่อะไรอย่างนี้อ่าคะ นมแม่ก็ซื้อเดือนหนึ่งสองกล่อง ก็อยู่ที่เจ็ดร้อยหรือแปดร้อยกว่าบาท คือต่อเดือนสำหรับแม่คนเดียวก็หกพันกว่าบาทแล้ว นมเดี๋ยวนี้เกือบพันต้องทำงานสองวันเลย บางทีเราไม่มีเราก็ตัดแต่ของให้แม่อิม บ่อยครั้งที่ไม่มีจะกิน พื่อดได้แต่แม่อดไม่ได้ เราไม่มีเราก็ต้องยืมเขา (ร้องให้มีน้ำตาไหลจากเบ้าตาทั้งสองข้าง) คือพี่ลาออกจากงานมาดูแลแม่เลยพี่จะรับงานเป็นจ๊อบๆไป อย่างอาทิตย์นึงพี่จะทำงานแค่ 2 วัน แล้วแต่เขาจะจ้างบางทีก็วันละ 500 หรือ 400 แล้วแต่ เราทำงานประจำไม่ได้เพราะต้องพาแม่มาหาหมอบ่อยทำงานพอได้แบ่งเบาค่าใช้จ่ายแฟน แฟนจะช่วยทุกอย่าง...ได้รับเงินจากลูกชายเขาก็ให้ทีละ 2000 เขาก็ซื้อมาให้กิน แต่ลูกสาวท้องเจ็ดเดือนแล้วเขาก็ไม่ได้ทำ เขาก็แบ่งกับแฟนเขาส่งให้ทุกเดือนก็ซื้อข้าวสารมากินกันในบ้าน อะไรหมดก็ซื้อ ก็เอาเงินที่ลูกให้เราไปใช้จ่ายในบ้านแล้วก็แบ่งไปดูแลยาย...” (ID11T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...ค่ารถค่าราก็เกือบพัน ค่ากินข้าวด้วยเพราะว่าค่าเติมน้ำมันก็ 500 แล้วไปกลับอย่างเนี่ยอ่าเพราะเราเดินมาก็ประมาณ 500 ต้องกินข้าวกินปลา ค่าจอตรถอีกก็ประมาณ 60 70 อ่าช่วงนี้มาบ่อยเดือนหนึ่งก็ 3 4 ครั้ง ช่วงนี้มาบ่อยเพราะว่าเดี๋ยวหมอนัดนัดนัดนี้ เดี่ยววันที่สองหมอก็นัดมาอีกก็จะมาอีก ตอนนีพี่ไม่ได้ทำงานแล้วพี่ใช้เงินเก็บอยู่ เดี่ยวถ้าเงินเก็บหมดพี่ก็จะหางานทำอาจจะร้อยมาลัยแถวบ้านเพราะว่าที่บ้านเขามีร้อยมาลัยเมื่อก่อนก็ร้อยมาลัยแถวบ้าน ตั้งแต่เขาเป็นหนักแล้วก็หยุดงานมาเลยเพราะเขาต้องหาหมอบ่อย เราต้องล้างานบ่อยใช้ปะ ก็เลยลาออกเลยไม่ได้ทำงาน ก็ได้ลูกเขามาช่วย พอเขารู้ว่าพ่อเป็นมะเร็ง เขา(ลูกของสามีกับภรรยาเก่า) ก็กลับมาช่วย เขาจะส่งเงินให้ใช้ เขาก็ช่วยค่าน้ำค่าไฟ ซื้อมันนี่ให้กินกันในบ้านก็ลดค่าใช้จ่ายไปเยอะเพราะว่าค่าใช้จ่ายเรามาก กินอยู่ที่สามคน สามคนก็วันละสองสามร้อย เพราะกับข้าวทำกินเอง เขาก็กินของข้างคั้นไม่ได้ด้วย กินของอุ่นของอะไรไม่ได้ เราก็ต้องทำใหม่ ก็ค่าใช้จ่ายมื่อๆก็หลายบาท...” (ID13T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เรื่องเงินลูกเขาก็จะช่วยทุกอย่างเลยค่ารถค่าน้ำค่าไฟ ลูกเขาก็จะช่วยค่าทุกอย่าง เพราะว่าผมไม่ได้ทำงาน ค่าอาหารต่างๆ ลูกเขาออกหมดเลยเขาจะโอนมาให้ โอนเงินมาให้เราก็ออของที่ตลาดแช่แข็งไว้ เก็บไว้ในตู้เย็นแล้วเอามาทำกับข้าวให้เขากิน ลูกๆ จะเป็นคนออกเงิน แต่เราก็จะเป็นคนดูแล ผมก็ทำอะไรไม่ได้เพราะว่าไม่มี

รายได้ อายุเยอะแล้วทำอะไรไม่ได้ ได้รับความช่วยเหลือเรื่องเงินจากลูก เขาทำงาน มีเงินเดือนเขาก็จะแบ่งกันส่งมาให้ ลูกชายคนที่ 2 เขาก็เป็นทนายเขาก็ส่งมาให้ เรื่องเงินเนี่ยเขาก็จะออกเท่านี้คนนี้ออกเท่านี้คนนี้ออกเท่านี้ พอสิ้นเดือนเขาก็จะมา ให้เป็นก้อนๆเลย ค่าน้ำค่าไฟค่าอาหารค่าผ่อนรถเราก็จะเป็นคนเอาไปจ่าย แต่เขาเป็นคนโอนมาให้เราทั้งหมดเลย ลูกนะ 1 เดือนเขาก็ให้บางคนก็ห้าพัน บางคนก็หมื่นนึงแล้วแต่ ...เวลาแม่จะกินอะไรเขาก็จะซื้อมาให้ เขาไม่ได้ให้เราซื้อ หรือก เขาไม่ให้เราควักตังค์หรือก เขาก็จะซื้อมาให้ ลูก 3 คนช่วยหมดทุกอย่างเลย เรื่องเงินเนี่ย ของใช้สอยในบ้านค่าใช้จ่ายในบ้านทุกอย่าง เมื่อก่อนผมมีรายได้ เพราะว่าได้ทำงานแต่ตอนนี้ทำไม่ได้ลูกก็เลยช่วย ...เราจะได้ไม่ต้องจ้างคนอื่นดูแล เราดูแลเองแหละดีที่สุดแล้ว ลูกเขาก็เลยออกเงินเพื่อให้ผมได้ดูแลไม่ต้องทำงาน ก็ช่วยๆกันนะให้มันรอดรอดไป...” (ID3T2M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ได้รับเงินจากลูกๆเขาก็จะส่งเงินให้ทุกเดือน ลูกให้ใช้คนละหมื่นนึง ผมไม่อยากจะรับหรือกแต่เขาบอกว่า ต้องรับเพราะว่าอยากให้พ่อเอาไว้ใช้เอาไปดูแลแม่ ลูกเขามีภาระกันแต่เขายังแบ่งเงินมาให้เราเอาไว้ดูแลแม่เขา ...แต่ละเดือนนี้ ไม่ต้องพูดถึงเลยพอเงินเดือนออกกจ่ายเงินเอามาใส่มือให้ละ ลูกให้คนละหมื่น เอาใช้ดูแลแม่เอามาเป็นเงินกองกลาง แม่อยากกินอะไรก็ซื้อให้กิน แม่อยากไปไหน ก็พาไป อย่างมาหาหมอนเนี่ยก็เอาเงินมาใช้เติมน้ำมัน ถ้าเราไม่รับเงินจากลูก เขาบอกว่าเขาจะโกรธนะ เราก็ต้องรับไว้เขาอยากช่วยแบ่งเบาเรื่องเงิน...” (ID4T1M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...การดูแลของเรามันจะต้องใช้เงินด้วย เหมือนพี่ชายเนี่ยเขาก็จะหารค่าใช้จ่ายที่ ดูแลแม่เหมือนกัน คือมันจะออกคนเดียวไม่ได้ ต้องช่วยกันออก ช่วยกันดูแล คือยาย ลูกตายไปสองคนก็เหลือแค่สองคน ทุกอย่างคือช่วยกันออกหมด ...อย่างสมมติ ค่าใช้จ่าย 500 พี่ก็บอกเดี่ยวเราให้ 300 ที่เหลือพี่ชายออก สลับกันบางที่พี่ชายก็ 300 เราออก 200 มีกันสองคนค่ะต้องไม่เอาเปรียบกัน...” (ID5T1F คุณแม่ผู้ป่วย มะเร็งลำไส้)

### 2.1.2 การผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล

ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยเองได้ทั้งหมดเพราะมี ข้อจำกัดที่ว่า ผู้ให้ข้อมูลสูงอายุ หรือมีปัญหาสุขภาพ ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องแรงและ

เวลาจากคนในครอบครัวให้การช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนการดูแล เช่น การแบ่งหน้าที่กันในเรื่อง การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด การอาสาอนเฝ้าผู้ป่วยช่วงกลางคืน เป็นต้น ซึ่งช่วยให้ผู้ให้ ข้อมูลได้พัก มีเวลาส่วนตัว ได้ไปพักผ่อนไปเที่ยวนอกบ้าน ได้ไปทานข้าวกับเพื่อนๆ ไปพบ แพทย์เพื่อรักษาโรคประจำตัว ซึ่งเป็นความช่วยเหลือกันของครอบครัวช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลไม่ เหนื่อย หรือเครียดมากจนเกิดความรู้สึกถึงการมีภาระ ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ผมน่าจะดูแลเป็นหลักนะ ลูกทำเสาร์-อาทิตย์ ผมดูจันทร์ถึงศุกร์ ถ้าผมทำคนเดียว ผมตายแน่(หัวเราะ) ...จริงๆเขาก็ดูแลเหมือนกับผมทุกอย่าง เพียงแต่ว่าวันธรรมดา เขาทำงานแล้วพอเสาร์อาทิตย์ เขาก็จะผลัดกันมาดูแลแม่เพื่อให้ผมได้พักบ้าง ผมก็ จะได้พักเสาร์-อาทิตย์เพราะว่าลูกมาเปลี่ยนผม ...ตอนช่วง Covid เขาจะไม่ให้แม่ กลับแท็กซี่เลยนะ เขาก็จะผลัดกันมา คนน้องไปส่งคนพี่มารับ เขากลับแม่ติด Covid เราก็ช่วยกันดูแลมันต้องทำได้ทุกคนในบ้านนะ ...เวลาเห็นภาพคนในครอบครัวดูแล กันเรารู้สึกดีนะ...ลูกนี่เขาก็มากันทุกคนนะบางทีก็มาพร้อมกัน เขามาผมก็พักบ้าง เขาก็ผลัดกันดูแล เขาก็ชวนกันคุย มันก็ดีเหมือนกัน เราจะได้มีเวลาส่วนตัวของเรา บ้าง ไปทำธุระส่วนตัว ทำภารกิจของผม ก็ไปหาหมอบ้าง...”(ID3T2M ดูแลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้)

“...ผมก็จะดูแลแฟนตอนเช้า พอเที่ยงคืนหรือเสาร์อาทิตย์เจ้าลูกชายคนเล็กก็จะมา เปลี่ยนเขาเลิกงานเที่ยงคืนเขากลับบ้านมา ก็จะไปนอนกับแม่เขา เราก็จะได้พักบ้าง เราจะขึ้นไปนอนบนบ้าน ให้แฟนนอนข้างล่าง ลูกชายคนเล็กจะมาเปลี่ยนตอนนอน เพราะเขารู้ว่าเราเหนื่อย เราดูแลคนเดียวทั้งกลางวัน กลางคืนคนเดียวไม่ไหวหรอก ดีหน่อยมีลูกมาช่วยเปลี่ยนบ้าง ผมก็จะได้นอนได้เต็มที่เลย เราก็อายุเยอะแล้วถ้าจะ ให้อดนอนนานๆมันก็จะน็อคเอา...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...พอวันหยุดของลูกจะมาดูแลแทนเรา เราถึงจะมีเวลาส่วนตัวบ้างนัดเพื่อนไปเที่ยว ข้างนอกบ้าง ไปกินข้าวกับเพื่อนๆบ้าง เป็นเวลาส่วนตัวช่วงเล็กๆให้เราได้พักผ่อน แฟนเขาก็ไม่ว่าอะไรนะเขาก็เข้าใจเรา ลูกก็ดูแลแม่ไป ...ช่วยกันดูแล ก็สลับกันบ้าง ลูกดูทีผมก็ดูที มันต้องร่วมกันดู ช่วยกันดูเพราะมันเหนื่อย หมุนเวียนกันดู ใครมีธุระ ก็ไปเปลี่ยนกันดู ...” (ID4T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...มีการตกลงกันอะคะ ก็คือว่าวันจันทร์กับวันศุกร์เป็นของพี่ชาย แต่พี่ก็ไม่เอา เปรียบนะ วันอังคารถึงพฤหัสก็เป็นหน้าที่ของพี่ เราก็คือต้องแบ่งหน้าที่กันไป ... พี่ชายไปทำงานกลางคืนเขากลับมาแม่มยังไม่ได้เปลี่ยนแพมเพิสเราก็ช่วยกัน ลูกพี่กลับมาปั๊บเขากลับมา 5 โมงเขาจะหาข้าวให้ยายก่อนเลย ตกลงกันไว้แล้วยายจะต้องไม่กินข้าวเกิน 6 โมงหรือ 1 ทุ่ม ... เรื่องดูแลยายที่จะทำ(ดูแล)คนเดียวแล้ว แบ่งหน้าที่เรื่องไปโรงพยาบาลให้พี่ชายรับผิดชอบ มันเป็นหน้าที่เราก็ต้องดูแลจะเอาเปรียบกันไม่ได้ แม่มคงไม่มีความสุขหรอกถ้าลูกทะเลาะกันเรื่องเนี่ย...” (ID5T1F, ID5T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...คุณพ่ออาสานอนกับคุณแม่คะ นี่คือน้ำที่ๆเราแบ่งกัน ส่วนเรื่องการไปหาหมอ ทุกครั้งจะต้องเป็นหน้าที่ของพี่เพราะพี่จะละเอียดมากกว่าในการจดบันทึก สอบถามพยาบาล สอบถามคุณหมอคะ ผู้ชายบางที่เขาก็ไม่ได้ละเอียด แต่พี่จะทำโน้ตไว้หมดว่าพบคุณหมอวันไหนบ้างเพื่อเราไปเจอคุณหมออีกคนเราจะได้แจ้งได้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับชีวิตคุณแม่บ้าง...” (ID6T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...พี่ดูแลกับน้องสาวเขา น้องสาวเขาได้งานแล้วเดี๋ยวก็กลับมาแล้ว กลับมาจากงานก็กลับมาบ้าน แต่ว่าช่วงกลางวันนะลูกพี่นอน พี่ก็จะเดินออกมาทำงานที่ร้าน แต่ถ้าพี่ทำอะไรเสร็จพี่ก็จะกลับไปอยู่กับลูก ลูกสาวพี่คนเล็กพอกลับมาจากงานก็จะเป็นช่วงเย็นๆพอดีก็จะมาดูแลพี่สาวมันต่อ แล้วที่นี้ช่วงเย็นคนจะเข้าร้านเยอะพี่ก็กลับมาให้น้องสาวมันดูแลพี่สาวแล้วพี่ออกไปร้านทำงาน ก็จะมาสลับกันแบบนี้ที่ค่อนข้างจะโชคดี เพราะว่ามีคนช่วยดูแล...” (ID7T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...แบบว่าถ้าสอนงานลูกน้องเสร็จแล้ว มันจะมีเวลาว่างก็จะเดินไปดูแล ส่วนพ่อสั่งงานลูกน้องอะไรเสร็จพ่อก็จะเดินมาหา ออกมาหาแม่สลับกัน ผมก็จะออกมาหาแม่ ออกมาดูว่าแม่ทำอะไร พ่อก็จะเฝ้าหน้างานแทนผม บางทีพ่อแก็ก็มาหาแม่บ้าง ผมก็จะออกไปเฝ้าหน้างานแทนและตอนกลางคืนพอก็นอนกับแม่สองคน ผลัดกันดูครับ...” (ID8T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...เวลาแก็จะอาบน้ำจะไปเฝ้าหน้าห้องน้ำกล้วแกหน้ามิด เวลาพี่ไม่อยู่ไปทำงาน หลานก็จะมาเฝ้าแทนพี่ คือจะรู้หน้าที่กันคือใครไม่อยู่ก็จะดูทำแทนกันได้ เวลาแก็

อาบนํ้าทำกิจกรรมของแกก็จะช่วยๆกันดูค่ะ มีตอนนี้ที่ดูหลักๆก็มีพี่และก็ลูกสาว เพราะว่าลูกสาวเขาก็ไม่ได้ไปทำงานเขาต้องก็เลยช่วยกันดูตอนแม่อยู่บ้านตอนที่พี่ออกมาทำงาน ...” (ID11T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

## 2.2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ต้องใช้ทั้งความรู้ ความเข้าใจ และทักษะที่จำเป็นจะช่วยผู้ให้ข้อมูล ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มีความรู้ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบดูแลมากที่สุดจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการสนับสนุนด้านความรู้ทักษะต่างๆ ให้มากเพียงพอ ผู้ให้ข้อมูลได้รับข้อมูลความรู้ คำแนะนำด้วยวิธีการสอบถามข้อสงสัยจากแพทย์ พยาบาลได้ช่วยเหลือด้วยการมอบคู่มือการปฏิบัติตัว พร้อมคำแนะนำ มีการอธิบายเสริม และรวมถึงการสอนปฏิบัติที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ถามพยาบาลที่นี่ได้รับคำแนะนำให้ใช้โลชั่นของเด็กนะอย่าใช้โลชั่นของผู้ใหญ่ผิวของเขามันบอบบางเหมือนผิวเด็ก” (ID1T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...หมอพยาบาลแนะนำให้ทำจี้ๆ ก็ได้คู่มือมาแหละได้วันที่ให้คีโม ได้รับคำแนะนำว่าดูแลคนไข้ตามอาการต่างๆ พวกอาการแพ้ อาการคลื่นไส้ เขาจะถามทุกครั้งทีไปให้คีโมว่ามีอาการแพ้ คลื่นไส้อาเจียนไหม ก็ดูแลตามที่พยาบาลแนะนำ...” (ID1T3F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...เราไม่รู้จริงง่าหมอกับพยาบาล ไม่รู้ก็ต้องถามทุกอย่าง ยาบางทีให้มาทาแผล ผสมทา ๆ พยาบาลที่โรงพยาบาลxxxบอกให้โปะเอาแต่อย่าให้ล้นมาข้างนอกนะ มันจะกัดเนื้อดี ผมงก็ทำตาม...” (ID3T3M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เราดูแลเท่าที่เราทำได้เพราะเราไม่ได้เรียนมา พยาบาลเคยบอกว่าย่าไปขัดใจเขา ให้กำลังใจเขา อย่าไปดูว่า หรือทำให้น้อยใจ เพราะคำพูด คำบางคำพูดแล้วเขาก็น้อยใจเหมือนกัน...” (ID4T1M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ข้อมูลได้รับจากพยาบาล เขาจะสอนว่าผ้าก๊อตจะแปะก็ชั้นและสก็อตเทป ต้องหักมุมเพราะเวลาดึงออกคนไข้จะไม่เจ็บและก็พยายามใส่ถุงมือให้ได้มากที่สุด

เพื่อป้องกันเชื้อและก็ทำทุกวันจนครบ ก็คือมีคำแนะนำจากคุณพยาบาลกับคุณหมอ  
คะก่อนที่เราจะกลับไปทำที่บ้านคะ...” (ID6T1F คุณผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ตั้งแต่ที่เรามาผ่าตัดเนี่ยเราได้รับการอธิบายของคุณพยาบาลที่อยู่ประจำออร์ด  
เขาก็จะอธิบายให้ฟังว่าพอเราออกจากโรงพยาบาลเนี่ยในส่วนของการผ่าตัดเอาชิ้น  
เนื้อออกไปแล้วเนี่ย มันก็จะมีวิธีการรักษาต่อไป ไม่ว่าจะเป็นการฉายแสงหรือคีโม  
หรืออะไร ยาพุ่งเป้าซึ่งอันเนี่ยคุณหมอก็จะเป็นคนแนะนำอีกทีหนึ่งที่เราจะได้รับการ  
รักษาแบบไหน ซึ่งพยาบาลเขาก็จะอธิบายให้ฟังว่ามันจะมีอาหารแบบไหนบ้าง  
กับคนป่วยที่ให้คีโมจะทานได้หรือไม่ได้และก็มีวิธีการดูแลตัวเองอย่างไร  
นี่คือพยาบาลก็จะให้คำแนะนำ...” (ID6T2F คุณผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...พยาบาลจะสอนใส่แอมพิสและเปลี่ยนเตียงต้องทำแบบนี้แบบนี้ที่ที่ที่เขา  
จากโรงพยาบาลแล้วก็เอามาทำกับลูกพี่ที่บ้าน...ก็มันได้รับการฝึกมาจากพยาบาล  
ด้วยเพราะไอ้xxxได้นอนโรงพยาบาลตั้งเดือนครึ่งที่ก็เอาวิธีที่เขาสอนได้มาดูแลลูก  
ที่บ้าน...” (ID7T2F คุณผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...คุณพยาบาลก็จะสอนให้ครับ ผมหลังจากที่ผ่าตัดเสร็จแล้ว ได้รับการสอนวิธีทำ  
และก็มาปฏิบัติจริงก็ทำที่นี้แหละที่ตึกสอนที่ตึกชั้นสาม เขาสอนวิธีการทำแผล  
หลังผ่าตัดให้เราไปทำต่อที่บ้าน ...”(ID9T1M คุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ได้รับคำแนะนำจากหมอบอกว่า อาหารประเภทเนื้อ ไข่ให้กิน ปลาอันนี้กินได้  
ปลาเผา พวกหมูเป็นประโยชน์กับร่างกายก็ได้ เราจะเน้นตรงนั้นเพื่อความอยู่รอด  
ของเขา ...พวกปลาร้า พวกส้มตำ ลาบอะไร หรือเลือดแล้วก็แหนม หมอบอกป่า  
ให้หลีกเลี่ยง ...คุณหมอก็บอกว่าให้ทานอาหารปรุงสุก ไม่ให้ทานสุกๆดิบๆพวกของ  
หมักของดองก็ไม่ให้ทาน...” (ID11T1F คุณผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

“...ได้รับข้อมูลจากหมอให้ข้อมูล เขาบอกให้กินน้ำเยอะๆ พักผ่อนเยอะๆ ฉายแสง  
อาจจะเจ็บคอ ไอ ผิวหนังไหม้ แดง เขาก็มีอาการแบบนี้ก็มาแล้วให้กินน้ำเยอะๆตาม  
คำแนะนำ...” (ID13T2F คุณผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

### 2.3 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน

ผู้ให้ข้อมูลได้รับสิ่งของและการมาตรวจเยี่ยมจาก อสส. (อาสาสมัครสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร) จิตอาสาในชุมชนได้รับความช่วยเหลือในเรื่องการได้รับของแจกมี นม ถุงมีโอ ข้าวสาร หน้ากากอนามัย ติดต่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ยาสามัญประจำบ้านเช่น ยาแก้ไอ ยาพาราเซตามอล เป็นต้น และวัดเข้ามามีส่วนร่วมในการแจกของแห่งมาช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในชุมชน และยังได้รับบริการการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้าน มาวัดความดันเพื่อประเมินอาการเบื้องต้น เป็นความช่วยเหลือที่เกิดขึ้นภายในชุมชนที่ดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่บ้าน ดังคำให้สัมภาษณ์

“...อสส. เนี่ยนะเขาจะมาเยี่ยมผู้ป่วยที่อยู่ตามบ้าน เป็นการดูแลของคนในชุมชน ผู้ดูแลนะเขาจะคอยประสานกับ อสส. คอยรายงานว่าคนไข้เป็นอย่างไรบ้างต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง บางทีก็มีนมมาแจกฟรี ก็เอามาแจกคนในชุมชน เราก็ช่วยกันดูแลคนป่วยตามบ้าน บ้านไหนเป็นอย่างไร ป่วยอะไรเราก็มีคนจดไว้ ก็ไปบอกเจ้าหน้าที่เขาก็จะมาช่วยกันดูแลผู้ป่วยที่บ้านกันอีกทีนะ...” (ID3T3M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ชุมชนเนี่ยเขาจะใส่ใจกับผู้ป่วยมาก เค้าจะมีการดูแลกันของคนในชุมชน เราขาดอะไรบ้าง เช่น ถุงมีอย่าง ถ้าขาดเราก็จะบอกเขา ยาแก้ไอ ยาพารา จะมีเข้ามาเยี่ยม เขามาก็มาวัดความดัน ถามคุณยายเป็นยังไง ลูกได้ไหม ถึงเวลามีโครงการก็จะมีของมาแจก เขาก็จะเอาของมาให้คุณยาย เราเป็นคนดูแลเราเซ็นรับแทนยายได้ อย่างเช่น นม เขาจะขอซื้อยาย ชื่อผู้ดูแล แล้ววันนี้มีพระจากวัดxxx เขามีโครงการสำหรับผู้ป่วยเปราะบางติดเตียง เขาจะเอาของมาให้พวกของแห่ง...” (ID5T1F ,ID5T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...มีคนในชุมชนเดียวกันนี้แหละเขาใจดี เขาเป็นสมาชิกจิตอาสาในชุมชน อสส. เขาช่วยติดต่อหาเตียงให้ เจ้าของพอดีเขาไม่ใช่เขาเลยเอาเตียงมาให้เรา เขาช่วยเหลือเราดีนะคนในชุมชนเนี่ย เจ้าของบ้านติดต่อมาเลยฟรี และมีแผ่นเหล็กเป็นเตียงที่ไม่เหมือนเตียงผู้ป่วยเลย มีรีโมทกดๆ ให้ง่ายที่อปเปอร์ บุญในกรรม คือในความโชคร้ายก็ยังมียิ่งดีดีเกิดขึ้นกับชีวิตบ้าง...” (ID7T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

“...ในหมู่บ้านจะมีกลุ่มจิตอาสามาเยี่ยมผู้ป่วยตามบ้านเป็นเหมือนของศูนย์สุขภาพ เขาจะมาตรวจเยี่ยมเรา บ้านไหนมีคนเจ็บคนป่วยเขาก็จะจดบันทึกและก็มีเอาของ มาให้อย่างถุงเป็นมะเร็งเขาก็จะเอานมสำหรับคนเป็นมะเร็งเอามาให้ เอาแมสมาให้ กันติดเชื้อ เขาจะมาเยี่ยมเดือนละครั้งเราก็จะเป็นคนรายงานอาการให้เขาเนี่ย เมื่อต้นเดือนก็บอกเขาไปว่าได้ศิโม่มา เขาจะเอาซื้อผู้ป่วยและผู้ดูแลไปเวลามีของมา เขาก็จะเอามาแจก...” (ID10T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...พวกจิตอาสาจะมาเดินเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง บ้านไหนมีคนเจ็บคนป่วยเนี่ย เขาก็จะเอาซื้อไป เอาซื้อคนป่วยไป เออจดไป ป่วยเป็นอะไร และใครดูแลก็เอาซื้อไป อย่างเนี่ย เขามาสำรวจเราแล้วก็มาเยี่ยมช่วยเหลือเราด้วย พอแฟนเรา(ผู้ป่วย) เจ็บป่วยเป็นอะไรก็จะพาไปหาที่ศูนย์ (ศูนย์อนามัย) ใกล้บ้าน บางทีก็เอาของ เอานม มาแจกให้ เอาข่าวสารมาให้...” (ID13T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

### ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้ให้ข้อมูลเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน นั้นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้รับผิดชอบในการดูแลมากที่สุด ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด อาจทำให้เกิดความรู้สึก เครียดจากการดูแลในช่วงแรกของการรับบทบาทหน้าที่เนื่องจากความไม่รู้วิธีในการดูแลแต่เมื่อ ผ่านไปสักระยะเกิดการเรียนรู้และปรับตัวได้ และเกิดความรู้สึกดีใจ ภูมิใจตามมา เนื่องจากการ ดูแลต่อเนื่อง เกือบตลอดเวลา มีหน้าที่รับผิดชอบหลากหลายและพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้ผู้ให้ ข้อมูลเกิดความเหนื่อยจากการดูแล ซึ่งการเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย 3.1 เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล 3.2 เหนื่อยจากความ รับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ และ 3.3 ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบ แทนพระคุณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.1 เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล

ช่วงแรกของการรับบทบาทของการดูแลนั้น ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องมีการปรับตัว ต้องเรียนรู้ วิธีที่จะให้การดูแลเพราะมีหลายสิ่งเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีการดูแลมากขึ้นกว่า ตอนที่ยังไม่ป่วย บางอย่างไม่รู้วิธีในการดูแล จึงทำให้ร้องไห้ เครียดมากจนคล้ายมีอาการซึมเศร้า ผู้ให้ ข้อมูลมีการปรับตัวด้วยการเรียนรู้สอบถามข้อมูลความรู้จากแพทย์พยาบาล หรือทางช่องทางออนไลน์ เพื่อนำความรู้ที่ได้มาใช้ในการดูแลจนสามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ เมื่อเวลาผ่านไป สามารถ ปรับตัวต่อการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้ จึงเกิดความรู้สึกดี ดีใจและภูมิใจตามมา ดังคำให้ สัมภาษณ์



“...คือนาทีแรกเลยนะคะวันแรกที่ดูแลเนี่ยคะเรารู้สึกเครียดมากเรายังไม่โตพอเรายังทำใจไม่ได้แต่เมื่อเราปรับตัวได้เราต้องเจอสถานการณ์แบบนี้เราก็ลองผิทดลองถูกของเรา พอไปโรงพยาบาลก็ได้พยาบาลเขาบอกเขาสอนก็เอาตรงนั้นมาด้วย มันก็ดีขึ้น...” (ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระดูกสะโพก)

“...มันก็เครียดนะครับเพราะว่าเมื่อก่อนเราก็ทำไม่เป็นเลย ...ช่วงดูแลแรกๆนี่ก็เครียด เพราะว่าเรายังไม่เป็นจริงๆนะมันยังไม่คล่อง แล้วก็หัดแล้วก็จำไอนี้ก่อนนี้หลัง ไอนี้เนะไอนี้ทำอย่างนี้ก่อนดี ทำอย่างนี้หลังดี มันต้องดูเหมือนต้องตามด้วยเราต้องปรับตัว...” (ID3T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ตอนใหม่ๆ ก็เครียดหน่อย ช่วงปรับตัวเราไม่รู้ด้วยว่าต้องดูแลอย่างไรง นอนก็ไม่พอ พอมีลูกชายคนเล็กมาเปลี่ยนค้อยังชั่ว คือมันก็เครียดแค่ช่วงแรกเพราะไม่รู้ใจใครจะไปรู้ชะทุกเรื่องใช้ไหม...แล้วพอเราทำได้ ดูแลเขาได้มันก็ไม่เครียดละ...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...ตอนแรกๆจะเครียดมากเลย จะทำอะไรให้ท่านทานได้บ้างนะ แบบว่าบางคนก็บอกต้องกินตามสูตรนี้ สูตรนี้มีสติ๊กเยอะไปหมด เราก็ยิ่งเครียดไม่รู้จะทำอย่างไร... เราก็หาข้อมูลในเน็ตบ้าง อ่านเอาบ้าง หมอบอกบ้างพยาบาลบ้าง พอหลังๆมันก็ดีขึ้นคะ...” (ID6T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...โอ้ยเครียดนะพี่นะบางทีกลับมาบ้านพี่ก็ร้องไห้เนะ ไม่รู้จะทำยังไงเออก็ร้องไห้แล้วบางทีอะโทรไปคุยกับเพื่อนที่แบบคุยกันได้อะ แบบบอกว่าเฮ้ยแกไม่ต้องพูดอะไรเลยนะกูจะพูดคนเดียว เพื่อนบอกเอาเลยแกพูดเลย ...กูจะต้องทำอย่างไรวะ คนเราอะถ้าเราจะต้องเดินนะ เส้นทางมันไม่ชัดอะมันเดินยากนะ ก็เริ่มจากกูต้องเริ่มถามนี่แหละ ก็คุยไปเรื่อย ไปทั่วไปทั้งหมดคุยกับใครก็ได้พี่จะถามไปหมดแต่เพียงข้างๆ มันจะช่วยให้...มีเครียดแค่ช่วงแรกๆ พี่จะมีอาการเหมือนเครียดจัดจนจะเป็นโรคซึมเศร้า ตื่นมาอยากฆ่าตัวตาย พี่รู้สึกแบบนี้อยากผูกคอตายและอีกครั้งคิดเองว่าเพิ่งลืมน้ำหอมมาจะยังตายไม่ได้เพราะไม่ได้ใช้ พี่เป็น และพี่พยายามจะทำจิตอาการนี้อยู่...” (ID7T1F, ID7T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

### 3.2 เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ไม่ได้รับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย เพียงหน้าที่เดียวยังต้องรับผิดชอบงานบ้าน การหาอาหารให้ผู้ป่วยทาน และการหารายได้ เป็นต้น นอกจากนี้การดูแลนั้นผู้ให้ข้อมูลต้องตื่นก่อนผู้ป่วยเพื่อมาเตรียมอาหาร เตรียมของใช้เพื่อพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด ต้องออกจากบ้านเพื่อมาโรงพยาบาลแต่เช้าเพราะถ้าออกจากบ้านสายรถจะติดทำให้ได้คิวตรวจนานขึ้นกว่าเดิม และหลับที่หลังผู้ป่วยเนื่องจากต้องคอยเฝ้าดูว่าในช่วงกลางคืน ผู้ป่วยยังมีการหายใจเป็นการตรวจสอบถึงการมีชีวิตอยู่ ทำให้พักผ่อนไม่เพียงพอ และเกิดความเหนื่อยจากการดูแลตามมา ดังคำให้สัมภาษณ์

“...เหนื่อยไม่ค่อยได้นอน คือเรายู่กันสองคนไม่ค่อยได้มีใครเปลี่ยนเรา เขาตัวใหญ่ และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มันก็ทำให้เราปวดหลัง วันหนึ่งพอออกมาขายของเนี่ย ก็ต้องปั่นจักรยานเข้าไปดูเขา 5-6 รอบ มันพักผ่อนน้อย ตอนช่วงให้คีโมเขาฉีดย่อย เขาก็จะเรียกอาบ่อย ตอนให้คีโมฉีไม่รู้ตัวฉีไหลออกมาเองเลยคะ กลางดึกนี้ ต้องมาเปลี่ยนผ้าปูที่นอน แล้วเราได้นอนไม่เต็มร้อย คือที่ได้นอนแบบประมาณไม่กี่ ชั่วโมง แล้วช่วงที่ไปหาหมอบ่อยๆเราต้องตื่น 4:00 น บ่อยมากเลยมันเพลียมากแล้ว มันก็เหนื่อยมากคะ แล้วพีกี่อายุเยอะแล้วพักผ่อนได้ไม่เต็มร้อยมันก็เหนื่อย มันก็เพลียมากเลยคะ คุณมันไม่มีแรงมันเปื่อยไปเลยคะมันเหนื่อยอย่างนี้มากกว่า เหนื่อยกับการเดินทางเหนื่อยกับการดูแลที่เราจะต้องตื่นกลางคืนมาดูเขา แต่เราก็บ่นะ บ่นกับตัวเองว่าเหนื่อยแต่มันก็เป็นหน้าที่ที่ต้องดูแลคะ ก็ต้องดูแลกันไป มันเหนื่อยเพราะว่าพาเขาไปหาหมอแต่ละรอบมันไปไกล เดินทางถี่มากจริงๆ ตอนเป็นโรคอื่นไม่ได้เดินทางไปหาหมอเท่านี้ ตอนเป็นมะเร็งนี้ต้องไปให้คีโม ทุกอาทิตย์เลยวันหนึ่งไปโรงบาล 6-7 ชั่วโมง รอเขาให้ยาแล้วต้องเดินทางกลับบ้าน ก็ไกลรถก็ติด พอมาถึงบ้านปู่คนป่วยก็นอนพักได้ แต่คนดูแลนอนพักไม่ได้ ก็ต้องทำอย่างอื่นต่อ ถ้าวันไหนยังเป็นวันขายของก็ต้องออกมาขายของต่อ มันก็เลยกลายเป็นว่าความเหนื่อยสะสม เพราะว่าเราดูแลคนป่วยนะมันเป็นการเหนื่อยกาย แต่มันไม่ได้เหนื่อยใจคะสำหรับเรานะ ...” (ID1T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...ตอนอยู่บ้านเนี่ยความรู้สึกว่าเหนื่อยเพราะเราพักผ่อนน้อยมากเพราะไม่ได้มีหน้าที่เดียวนะ เราต้องเตรียมกับข้าว อย่างลุกตื่นตี 4 บ้าก็ต้องตื่นก่อนลุกนะคะ ป้าต้องตื่นก่อนลุกเลยเหนื่อย พักผ่อนน้อย กว่าจะนอนเราก็ 4 ทุ่มครึ่งไปแล้วบางที่ ขึ้นนอน 3 ทุ่ม ก็นอนไม่หลับปกติเราจะนอนประมาณ 4 ทุ่มครึ่งนะคะ เรา

เหมือนกับเราเคยชิน นอน 4 ทุ่มกว่าจะหลับ 5 ทุ่ม ช่วงที่ต้องไปโรงพยาบาลเนี่ย โอ้โหอย่างซ้ำตี 4 ครั้งแต่จริงๆถ้าซ้ำกว่า 4 ครั้งเราก็กายเป็นรีบเพราะเราต้องเตรียมตัว...” (ID2T2F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...ยอมรับว่าเหนื่อย ปากกลับกันที่เอากลางคืนเป็นกลางวันเอากลางวันเป็นกลางคืน แล้วเวลากลางวันมันก็จะไม่ปิดไฟอย่างนี้มันก็จะเห็นกัน ก็ชะเง้อคอว่าเขายังอยู่นั้น ไหม เขาจะดูหนังไหม เราก็อเค ก็นอนต่อเราก็จะตั้งนาฬิกาไว้ชั่วโมงหนึ่ง ก็จะตั้งขึ้นมาใกล้ๆหู ก็จะชะเง้อคอมองเขาเป็นอย่างนี้ ก็จะว่ายังไงล่ะ ก็ต้องตื่นตัวตลอดเลย...ปากก็ไม่รู้ว่าใครจะไปก่อน เพราะปากก็แยะนะปาละเลยการดูแลตัวเองบางทีเราเหนื่อยจากดูเขาเราก็ก็น้อยมีเวลาดูแลตัวเองหรือกนู...” (ID10T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เราดูแลมันก็เหนื่อยแต่ด้านจิตใจแบบเราคิดว่าเราทำแบบนี้ดีแล้ว เหนื่อยแบบว่าบ้านเนี่ยต้องทำทุกอย่างเลย เราต้องซักผ้า กวาดบ้าน หุงข้าวบางครั้งเราก็เหนื่อย แต่มันก็พอได้เลยกว่าจะจบไปวันๆ ทำให้เขาทุกอย่างตั้งแต่ตื่นยันเข้านอน ตื่นก่อนและก็นอนที่หลังเขา...” (ID3T2M คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...พี่ก็จะบอกว่าเหนื่อย เหนื่อยยอมรับว่าเหนื่อยมาก เหนื่อยจริงๆ ...เหนื่อยลุกขึ้นตั้งแต่ 8 โมงทำให้เขา(ดูแล)นะยัน 3 ทุ่มนะ พี่ทำหลายอย่างเพราะว่าเราเป็นแม่ค้า ไรเราต้องเตรียมของขายด้วย ถ้าเราเตรียมของไม่ทัน เราก็ก็นอนนักเรียน เราก็ก็นอนไม่ได้ ค่าใช้จ่ายเราก็ก็นอน มันเหนื่อยเพราะเราไม่ได้ดูแลเขาอย่างเดียว...” (ID5T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เหนื่อยเพราะทำงานหลายงานต้องบริหารจัดการงานหลายอย่าง อย่างงานเลขาคือต้องมีงานหลายอย่างเพราะเวลาเราทำงานเราต้องดูรายละเอียดที่สำคัญมันเยอะ บางทีสมองเราอาจจะคิดเรื่องคุณแม่เพราะตอนแรกมีแค่ 2 งานพอคุณแม่ป่วยก็ต้องมาคิดถึงแม่ด้วยเราต้องสามารถจัดการงานทั้ง 3 งานให้ไม่เสีย งานเลขาคืองานที่ต้องไม่เสีย และอีกงานเราเป็นระดับผู้จัดการเราต้องทำตัวให้เป็นตัวอย่างที่ดี ถึงแม้เราไม่ได้ทำงานที่ออฟฟิศเราก็ก็นอนไม่เอาเปรียบเวลาของน้องๆ เรื่องงานจะคุยทางไลน์มากที่สุดเพราะถ้าคุณแม่ได้ยินจะไม่สบายใจ เพราะเหมือนว่าแม่บงกชลูกให้ลูกเหนื่อยเพิ่มขึ้น...” (ID6T1F คุณแม่ผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...มันก็มีเหนื่อยแต่นานมาเราก็คิดว่ามันคือหน้าที่ถึงจะเหนื่อยขนาดไหนก็ต้องทำ ก็ต้องอดทนเขาเป็นลูกเราเนอะ ...บางทีก็ทำงานที่ร้านเสร็จก็ต้องวิ่งมาดูมันอีก วิ่งไปวิ่งมาแบบนี้ เงินก็ต้องหาลูกก็ต้องดู ทำไปได้ละก็เราเป็นแม่ไง นับประสาอะไรกับหมาที่มันยังไม่ทิ้งลูกมันเลย แล้วนี่เราเป็นคนเราก็ไม่มีวันทิ้งลูกเราแน่...” (ID7T1F คุณและผู้ป่วยมะเร็งสมอง)

### 3.3 ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเต็มใจ ตั้งใจในการดูแล ดูแลโดยปราศจากการบังคับ ผลที่ตามมาคือผู้ป่วยแข็งแรงขึ้น มีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความดีใจ เป็นความสุขที่ไม่สามารถบรรยายความรู้สึกที่อยู่ในใจออกมาได้ บอกเพียงว่ามันเย็นในใจเวลาอยู่กับผู้ป่วย และเกิดความภาคภูมิใจตามมาเพราะครั้งหนึ่งในชีวิตได้มีโอกาสดูแลผู้ป่วย จากที่เมื่อก่อนไม่เคยมีประสบการณ์แต่เมื่อต้องดูแลผู้ป่วยก็สามารถดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี และมีมุมมองว่าการที่ตนนั้นได้ดูแลผู้ป่วยถือเป็นโอกาสในการตอบแทนพระคุณผู้ให้กำเนิด เพราะการตอบแทนพระคุณต้องตอบแทนในช่วงที่ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่จะดีที่สุดเพราะหากผู้ป่วยเสียชีวิตไปแล้วบางครั้งก็ไม่สามารถรู้ได้เลยว่าสิ่งที่ได้ทำไปให้ผู้ป่วยได้รับหรือป่าว ซึ่งการที่ได้ตอบแทนพระคุณนั้นเป็นเรื่องที่ประเสริฐที่สุดแล้วของมนุษย์จึงให้การดูแลผู้ป่วยดีที่สุด ดังคำให้สัมภาษณ์

“...ดีใจที่ได้ดูแลเขาตอนป่วย เพราะว่าตอนลำบากก็ทิ้งเขาไม่ได้อยู่แล้ว เราก็ต้องดูแลเขาถึงเขาจะอาการแย่มากก็ต้องดูแลเขา...” (ID13T1F คุณและผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...ณ เวลานี้เรารู้สึกภูมิใจในตัวเองมาก เราก็ได้ทำหน้าที่ของเราได้เต็มที่แล้วอะไรจะเกิดก็ช่างมัน ต้องอยู่กับปัจจุบัน ณ วันต่อวัน ...ภูมิใจที่เรายังมีแรงดูแลเขา เรายังมีปัญญาที่จะดูแลเขาได้ ก็ไปให้ถึงที่สุดค่ะ ก็ภูมิใจ เราไม่ได้โดนบังคับว่าเราต้องทำแต่เราทำไปด้วยความตั้งใจ ...” (ID1T1F, ID1T2F คุณและผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)

“...ความรู้สึกในตอนนี้นี้ก็คือ ภูมิใจที่เราได้ทำให้เขาไปในชีวิตหนึ่งเขาก็เรียกว่าป่วยหนักแล้วนะ จะไปเมื่อไหร่ก็ไม่รู้ ศิโมก็ทำอะไรไม่ได้แล้วตอนนี้ อาการก็ทรุดหนักลงไปเรื่อยๆ อย่างน้อยเขาก็ยังคิดว่าเรายังอยู่เป็นเพื่อน แต่ก็นั่นแหละอยู่ด้วยกันมา 30 กว่าปีแล้วมันเป็นอะไรที่คุยกันได้ทุกเรื่อง แล้วก็ทำอะไรอะมันไม่ต้องฝืนนะ เราเป็นตัวของเราเองได้เต็มที่เลยมันเป็นการดูแลที่เราไม่ได้ทำเพียงเพื่อหน้าที่แต่

เต็มใจที่จะทำให้มากกว่า ถ้าเป็นจุดที่ถ้าเขาไม่ใช่คนป่วยอะเราก็คงจะดีใจกว่านี้อะ แต่ที่เขาเป็นคนป่วยอะเราก็คงมีความเศร้าเข้ามาปนด้วยใจ ...พอทำไปมีความสุขและเป็นความภาคภูมิใจตามมา ไม่ว่ามันจะเป็นช่วงท้ายหรือช่วงอะไรก็แล้วแต่เราดีใจที่เราได้ดูแลเขา...” (ID2T2F, ID2T3F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)

“...พี่ตอบแทนแม่พี่ พี่ถึงได้กล้าที่จะพูดแบบไม่อายใครเลย พี่พูดจากใจจริงเพราะว่า นี้อยู่ที่ร้านมีคนอยู่กันเยอะแยะทุกคนเห็นหมดเนี่ยที่พี่ทำ ...สุดท้ายด้วยนิสัยเรานะ ปากบ่นเป็นแม่คำแต่ก็เอาแม่มาดูแลเอง ถ้าไม่มียายเราคงไม่มีวันนี้ะ เหมือนเรา ดูแลแม่ความรู้สึกเหมือนเราได้ทดแทนบุญคุณเขา ดีใจที่ได้ดูแลเขาในยามที่เขาไม่รู้เรื่อง แม่เนี่ยถ้าเขาสาปแช่งเราไม่คืนนะเพราะปากเขากินพริกกินเกลือมันจะซิบหายเอาแต่ถ้าเขาอวยพรให้เราก็จะเจริญ ...อย่างครอบครัวคนจีนเนอะเขารักลูกชายทุกวันนี่ยังถามว่าพี่ชายว่าชายดีไหม ชายได้เท่าไร กับพี่ไม่มีถามเลยนะแต่พี่ก็รู้สึกอะไรกับเรื่องพวกนี้แล้ว ชีวิตเราอยู่ได้ด้วยตัวของเราเอง เราไม่ได้สนใจว่าแม่จะรักเราไหมเพราะเราถือว่าเขาทำให้เราเกิดมา ให้ชีวิตเรา เราได้ทำหน้าที่ตอบแทนเขานั้นแหละประเสริฐที่สุดของมนุษย์แล้ว...” (ID5T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...เราทำได้มันภูมิใจนะที่เราทำได้เพราะผมไม่เคยรังเกียจหรือเรื่องนี้ (การทำ ความสะอาดถุงทวารเทียม) ...บางคนเขาก็ถามว่าใครทำ ผมก็บอกว่าผมทำเอง ผมทำมานานแล้ว ทำทุกอย่างพยายามบางคนเขาบอกว่าเขายังทำกันไม่ได้เลย เกิดมาผมก็ไม่เคยทำเพิ่งมาทำได้เนี่ย แล้วเราก็ดูแลดีอะไรทุกอย่างเราตั้งใจทำให้มันดีหมด...ก็ภูมิใจ เราต้องทำ ไม่ภูมิใจก็ไม่ต้องทำ...” (ID3T2M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)

“...รู้สึกดี ภูมิใจเพราะสังเกตเห็นว่าน้ำหนักเขาขึ้น เราก็สังเกตว่าวันไหนเขากินได้ดีๆ น้ำหนักเขาจะขึ้น หมอก็บอกกินได้จะได้มีแรง นี่จากน้ำหนักเขา 40 กว่าตอนนี้เกือบ 60 แล้ว เราเห็นเขากินได้เรารู้สึกดี เรามีกำลังใจ มันภูมิใจที่ทำให้เขาได้ขนาดนี้ หมอก็ว่าดีแล้วแต่อย่าให้เกินนี้...” (ID4T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม)

“...แต่เราเป็นลูกเราต้องทำหน้าที่ให้ดีที่สุดเรายังโชคดีที่ยังมีแม่ให้ตอบแทนให้ดูแล ดีกว่าคนที่เกิดมาเขาอาจจะไม่มีแม่อยู่แล้วหรืออยู่แค่ 5- 10 ปี แต่ตอนนี้เรามีโอกาสแล้วก็จะดูแลท่านให้ดีที่สุดจะพูดแบบนี้ตลอด บางทีคิดถึงงานต้องกลางมา แต่คิดว่า

คนอื่นดูก็ไม่เหมือนลูกดู เคยคิดจะจ้างพยาบาลเหมือนกันมาทำอาหารให้คุณแม่ทาน เป็นรายเดือน คนที่เขามารับจ้างเขาคงไม่ได้ดูแลเท่าเรา แต่ถ้าเราทำเองเราเชื่อว่า เราไม่เอาอะไรที่ไม่ได้ให้แม่เรากินแน่นอนเราขอตัวเองดีกว่า ...เราคิดว่าไม่มีอะไร สำคัญเท่ากับแม่เรา (เสียงสั่น) เราพร้อมทุกอย่างเพื่อที่จะได้ดูแลคุณแม่ การที่ว่า เราเป็นผู้ดูแลเรามีเหนื่อยแต่เรายังรู้สึกว่าเราได้ตอบแทน...” (ID6T1F ดูแลผู้ป่วย มะเร็งปอด)

“...ภูมิใจดี รู้สึกดีมากๆเลย แบบผมไม่เคยดูแลใครไง รู้สึกดีว่า รู้สึกดีมากๆเลยแบบ ผมก็ไม่รู้มันดีอย่างไร แต่ก็รู้สึกที่ดี ที่ได้ดูแลเขาอะไรอย่างนี้ ดีแต่มันพูดไม่ออก บรรยายยังไงดีแต่มันดีครับมันเก็บไว้ในใจตัวเอง แบบมันเย็นในใจเวลาอยู่กับเขา ดูแลเขามันมีความสุขจะให้เรียกว่าเป็นความรักของผมที่มีให้แม่ก็ถูก...” (ID8T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)

“...ก็เราก็ต้องดูแลเพราะว่ามันเป็นหน้าที่เรา เราก็ต้องทำค่ะ มันทำมาจากใจ เขาเป็นแม่ก็ต้องดูแล เป็นลูกก็ต้องดูแลแม่ตอบแทนผู้มีพระคุณ เขาเลี้ยงเรามาได้ เราก็ต้องดูแลเขาได้ ...เราก็มีแม่คนเดียวว่าเนาะ (ร้องไห้ มีน้ำตาไหลจากเข่าตาทั้งสองข้าง) เราก็ทำให้มันสุดๆ เราก็ต้องทำให้ได้ อะไรก็เอาแม่ไว้ก่อนทำอะไรให้หนักถึงแม่เป็นอันดับแรก (ร้องไห้ มีน้ำตาไหลจากเข่าตาทั้งสองข้าง)...” (ID11T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมดลูก)

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาการตีความ เรื่อง ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ตามแนวคิดของ Martin Heidegger เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ตามมุมมองการรับรู้ของผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์และมีประสบการณ์ตรง ผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาค้างนี้คือ ผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) ให้การดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 13 ราย คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล คือ 1) เป็นสมาชิกในครอบครัว ทั้งเพศชายและเพศหญิง อายุ 20 ปีขึ้นไป ได้แก่ คู่สมรส บุตร บิดา มารดา หรือญาติพี่น้อง 2) ถูกระบุจากผู้ป่วยว่าเป็นผู้ดูแลหลักที่ให้การดูแลผู้ป่วยสม่ำเสมอ ต่อเนื่องและใช้เวลาสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน 3) ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักในระหว่างเจ็บป่วยที่บ้านตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการดูแล เครื่องมือในการวิจัยคือ ตัวผู้วิจัยเป็นเครื่องมือในการวิจัย ตัวผู้วิจัยเป็นพยาบาลประจำการหอผู้ป่วยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลในครอบครัวโดยตรง ตัวผู้วิจัยมีการเตรียมความพร้อมด้านระเบียบวิธีวิจัย และความพร้อมด้านการเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียงแบบดิจิทัล แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกภาคสนาม แบบบันทึกการถอดเทป แนวคำถามหลักในการสัมภาษณ์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการบันทึกเทป การสังเกต การจดบันทึกภาคสนามและลงพื้นที่ไปสัมภาษณ์ที่บ้าน แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการบันทึกเทปเสียงมาถอดเทปแบบคำต่อคำออกมาเป็นตัวอักษร เพื่อที่จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา เมื่อข้อมูลมีความอิมพัลส์ยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์เนื้อหาตามแบบวิธีการของ van Manen (1990) พบผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วยระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ระหว่าง 3 ถึง 60 เดือน ชนิดของมะเร็งที่ผู้ให้ข้อมูลดูแลมีมะเร็งลำไส้จำนวน 5 ราย มะเร็งปอดจำนวน 3 ราย มะเร็งกระเพาะปัสสาวะจำนวน 1 ราย มะเร็งตับจำนวน 1 ราย มะเร็งมดลูกจำนวน 1 ราย มะเร็งเต้านมจำนวน 1 ราย มะเร็งศีรษะและคอ 1 ราย มีการสัมภาษณ์เฉลี่ยรายละ 2-3 ครั้ง และสามารถสรุปผลการวิจัยมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว รายละเอียดดังต่อไปนี้

## สรุปผลการวิจัย

### ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ

1. ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน
2. ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้

### ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ

- 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน
  - 1.1 การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย
  - 1.2 การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย
  - 1.3 การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย
  - 1.4 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย
  - 1.5 การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา
  - 1.6 การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย
- 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน
  - 2.1 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว
  - 2.2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ
  - 2.3 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน
- 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล
  - 3.1 เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล
  - 3.2 เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ
  - 3.3 ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ

## อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้วิจัยขออภิปรายตามประเด็นที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล ดังต่อไปนี้ ส่วนที่ 1 การให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม และส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้



## ส่วนที่ 1 ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวได้ให้ความหมายของการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลาม แบ่งออกเป็น 2 ประเด็นหลัก คือ 1. ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และ 2. ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1. ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน

ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายเกี่ยวกับ ความเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามว่า ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น มีอาการอ่อนเพลียมาก ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย เป็นต้น และการตรวจวินิจฉัยของแพทย์ ซึ่งแพทย์เป็นผู้แจ้งแก่ผู้ดูแลในครอบครัวให้ทราบถึงการดำเนินของโรคตามความเป็นจริงว่าผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคมามากแล้ว มะเร็งมีการกระจายตัวไปยังอวัยวะอื่นๆ สำหรับการรักษายังช่วยได้แค่ประคับประคองอาการของผู้ป่วยเท่านั้น การรักษาไม่ได้มีจุดประสงค์เพื่อการหายและผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งคล้ายกับ สมปอง พะมุสิลา และคณะ (2562) ทำการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีในระยะลุกลาม กล่าวว่า เป็นโรคที่รอความตาย บุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้นี้มักจะรอความตาย รักษาอย่างไรก็ไม่หาย ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน และเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวจะมีการคาดเดาระยะเวลาในการมีชีวิตอยู่ของผู้ป่วยจากประสบการณ์ที่ได้พบเจอจากคนรอบข้าง จากคำบอกเล่าของบุคคลอื่นโดยเฉพาะเมื่ออาการของโรครมีการลุกลามมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวให้ความหมายว่าผู้ป่วยมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน สอดคล้องกับ Doumit et al. (2008) ที่กล่าวว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งผู้ดูแลในครอบครัวมักทราบว่าผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน ซึ่งส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วยคือ ผู้ดูแลในครอบครัวจะให้การดูแลที่ใส่ใจมากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสุขที่สุดในเวลาที่เหลืออยู่

### 2. ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้

ผู้ดูแลในครอบครัวมีมุมมองต่อการเจ็บป่วยด้วยมะเร็งระยะลุกลามว่า ยังหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ เนื่องจากผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง หรือเป็นผู้ป่วยที่พึ่งได้รับการวินิจฉัยซึ่งเป็นเหตุผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความหวังว่าการรักษาอาจจะช่วยให้หายได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงดูแลด้วยการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาลอย่างเคร่งครัด พาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่อง เข้ารับการรักษาให้เร็วและดีที่สุดเพราะเป็นเหตุผลว่าการรักษาอาจจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งในระยะลุกลามได้ มีความสอดคล้องกับ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ (2551) ทำการศึกษาประสบการณ์การดูแลของคู่ชีวิตที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่อยู่ในระยะลุกลามที่กล่าวว่า การพาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องตามแผนการรักษานั้นเนื่องจากผู้ดูแลมีความหวังว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยหายจากความเจ็บป่วย และมีความสอดคล้องกับ สมปอง พะมุสิลา และคณะ (2563) จากมุมมองของคนในครอบครัวต่อความหมาย กล่าวว่า การดูแลตนเองดี การออกกำลังกาย

กาย การทานอาหารที่ดีมีประโยชน์ กำลังใจจากญาติพี่น้องและการมาพบแพทย์ตามนัดอาจช่วยผู้ป่วยหายจากโรค หรือช่วยให้อาการของโรคสงบลง

## **ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว**

จากการศึกษาพบว่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นหลัก คือ 1.การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน 2.การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน และ 3.การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### **ประเด็นที่ 1 การดูแลเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน**

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง อ่อนเพลีย ทำกิจกรรมต่างๆได้ไม่เต็มที่ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือ สำหรับการดูแลนั้นได้ปรับการดูแลให้มีความสอดคล้องตามสถานการณ์และอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเพื่อเพิ่มความสุขสบาย ไม่ทุกข์ทรมาน ผลการวิจัยได้แบ่งออกเป็น 6 ประเด็นย่อย ได้แก่ 1.1 การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย 1.2 การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย 1.3 การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย 1.4 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย 1.5 การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา และ 1.6 การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### **1.1 การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย**

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมักมีการเปลี่ยนแปลงของสภาพร่างกาย เนื่องจากการลุกลามของมะเร็ง การได้รับการรักษาและความสูงอายส่งผลให้ผู้ป่วยมีอ่อนเพลีย ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้าน บางรายอ่อนเพลียจากการรักษาจำเป็นต้องดูแลช่วยเหลือบนเตียง ไม่สามารถเดินไปเข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองเพราะไม่มีแรง อาจทำให้เกิดอุบัติเหตุหรือล้มได้ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงให้การดูแลช่วยเหลือทั้งหมด สอดคล้องกับ สุรีพร ธนศิลป์ (2563) ที่กล่าวว่า การดูแลความสะอาดร่างกายในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำและขับถ่ายในห้องน้ำ กรณีผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ให้ทำกิจกรรมดังกล่าวบนเตียง ซึ่งเป็นการดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย และสอดคล้องกับ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์ และคณะ (2551) ที่กล่าวว่า เมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษามักพบอาการอ่อนเพลียจะช่วยเหลือดูแลความสะอาดร่างกายให้กับผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสุขสบาย ดังนั้น การดูแลความสะอาดและความสุขสบายของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญเพราะว่าผู้ป่วยมีสภาพร่างกายที่มีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตัวเอง ผู้ดูแลในครอบครัวจะดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยบนเตียง มีการอาบน้ำ เช็ดตัว ดูแลความสะอาดช่องปาก ทำความสะอาดการขับถ่าย ดูแลความสะอาดผิวหนัง ซึ่งการดูแล

เหล่านี้เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลในครอบครัวช่วยเหลือผู้ป่วย หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้ผู้ดูแลในครอบครัวจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พยายามช่วยเหลือตนเองเพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าแห่งตน

## 1.2 การดูแลให้ได้รับอาหารตามความต้องการของผู้ป่วย

ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารตามความต้องการของร่างกายเนื่องจากผู้ป่วยทานอาหารได้น้อย หากผู้ป่วยได้ทานอาหารตามที่ต้องการแล้วจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยทานอาหารได้เพิ่มขึ้น ผลการวิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 มิติของการดูแล ได้แก่ 1.2.1 การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์ 1.2.2 การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง และ 1.2.3 การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบที่พึงพอใจ รายละเอียดดังต่อไปนี้

### 1.2.1 การดูแลให้ทานอาหารที่มีประโยชน์

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักพบปัญหาภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากมีอาการเบื่ออาหารทำให้ทานอาหารได้น้อย คลื่นไส้อาเจียนจากการรักษาด้วยเคมีบำบัด ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการตามมา ผู้ดูแลในครอบครัวมักดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารที่มีประโยชน์เพราะว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการซึ่งช่วยพยุงร่างกายไม่ให้มีภาวะทุพโภชนาการที่รุนแรงมากขึ้น มีความสอดคล้องกับ ทิพย์วรรณ อรัญดร และคณะ (2560) ทำการศึกษาเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยมะเร็ง กล่าวว่า การดูแลให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่ดีมีประโยชน์จะช่วยส่งเสริมการฟื้นตัวได้ไวหลังผู้ป่วยได้รับการรักษา และช่วยลดภาวะทุพโภชนาการเนื่องจากอาหารที่มีประโยชน์นั้นมีสารอาหารที่ให้พลังงานและมีสารอาหารที่มีคุณค่าต่อร่างกาย และมีความสอดคล้องกับ วรพันธ์ธรรมาพร และคณะ (2564) ที่กล่าวว่า ภาวะทุพโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการพยากรณ์โรครวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็ง ควรส่งเสริมดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งได้ทานอาหารที่มีประโยชน์ทั้งในเชิงปริมาณและคุณภาพที่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายเพราะว่าจะช่วยบำรุงและฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งควรดูแลและส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่ดีมีประโยชน์เพราะว่าอาหารที่มีประโยชน์จะมีคุณค่าทางโภชนาการซึ่งจะช่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกายของผู้ป่วยได้ไวและสามารถมารับการรักษาต่อเนื่องได้

### 1.2.2 การดูแลให้ทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในบริบทที่ยังได้รับการรักษา อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น เยื่อช่องปากอักเสบทำให้เจ็บปาก สูญเสียการรับรสอาหารทำให้เบื่ออาหารรับประทานอาหารได้น้อย เป็นต้น การดูแลเรื่องอาหารจึงมีการปรับให้สอดคล้องกับสภาพร่างกายของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งสอดคล้องกับ สุขชาติ รุ่งแจ้ง และรัชณี นามจันทร์ (2559) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดมักพบอาการเบื่ออาหาร ทานอาหารได้น้อยดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อน หรือผลไม้ที่นิ่มเปรี้ยว หรือดื่มเครื่องดื่ม

อาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร มีการเปลี่ยนเมนูให้ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยทานอาหารได้เพิ่มขึ้นซึ่งเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารอย่างสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง และสอดคล้องกับ Penner et al. (2012) ที่กล่าวว่า การดูแลให้อาหารผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอที่มีผลในช่องปากจากการได้รับการฉายรังสี ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารอ่อนหรือเหลวเนื่องจากเป็นการดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายและช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้น ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยมะเร็งจึงมีการปรับในเรื่องของการทานอาหารให้มีความสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงเพราะจะช่วยให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้นและช่วยพยุงสภาพร่างกายของผู้ป่วยไม่ให้ทรุดไปจากเดิม หรือมีภาวะทางโภชนาการดีขึ้น

### 1.2.3 การดูแลให้ทานอาหารที่ชอบที่พึงพอใจ

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักจะทานอาหารได้ลดลงเนื่องจากความเจ็บป่วยและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงดูแลให้ผู้ป่วยทานอาหารที่ชอบที่อยากทานถึงจะเป็นของแสดงก็จะไม่ห้ามเพราะจะทำให้ผู้ป่วยทานอาหารได้มากขึ้นและการได้ทานอาหารที่ชอบที่อยากทานนั้นเป็นความปรารถนาของผู้ป่วย คล้ายกับ สุนทรื ภาณุทัต และคณะ (2560) ที่กล่าวว่า ดูแลให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเลือกทานอาหารที่ตรงกับความต้องการและตามความชอบความพอใจจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยทานอาหารได้เพิ่มขึ้น และความสอดคล้องกับ สุวรรณมา มณีจาง และคณะ (2552) ที่กล่าวว่า หากอาหารที่ผู้ป่วยมะเร็งต้องการรับประทานถึงจะเป็นของแสดงหรือของห้ามผู้ดูแลก็จะให้ผู้ป่วยมะเร็งทานเพราะว่าเป็นความต้องการของผู้ป่วยซึ่งเป็นการดูแลแบบเข้าใจและเข้าใจถึงความต้องการของผู้ป่วย และสอดคล้องกับ สุปรีดา มั่นคง และคณะ (2559) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่ชอบตามความปรารถนาซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขเนื่องจากเป็นการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยในเรื่องอาหาร ดังนั้น การดูแลให้ผู้ป่วยได้ทานอาหารที่ชอบที่อยากทานจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามความปรารถนา เข้าถึงความต้องการได้อย่างแท้จริงและในอาหารแสดงที่ผู้ป่วยอยากทานผู้ดูแลในครอบครัวก็จะให้ทาน แต่มีข้อจำกัดในเรื่องของปริมาณอาหารจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขกับการทานอาหาร ไม่รู้สีกว่ามีข้อจำกัดมากเกินไปจนทำให้เกิดความทุกข์

### 1.3 การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสบายและความปลอดภัย

สิ่งแวดล้อมในบ้านมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อผู้ป่วยอย่างมากเนื่องจากจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย มีความปลอดภัยจากการติดเชื้อ ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลสภาพแวดล้อมในบ้านด้วยการทำความสะอาดอยู่เสมอ เปลี่ยนผ้าปูที่นอนทันทีที่ผู้ป่วยปัสสาวะใส่ที่นอนเป็นการรักษาความสะอาด ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบาย และไม่เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค มีความสอดคล้องกับ Martin et al. (2016) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลให้ผู้ป่วยมะเร็งอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่สะอาดจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และมีความสอดคล้องกับ Saleh and O'Neill (2018) ที่กล่าว

ว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมให้สะอาดอยู่เสมอเพราะช่วยส่งเสริมความสุขสบายเอื้อต่อการพักผ่อนของผู้ป่วยและการรักษาความสะอาดจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ ดังนั้น การดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น เตียงนอน ผู้ปูที่นอน เสื้อผ้า เป็นต้น จะช่วยส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัยจากการติดเชื้อให้กับผู้ป่วยได้

#### 1.4 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการกำลังใจ มีความเครียด และอารมณ์แปรปรวนเนื่องจากความทุกข์ทรมานที่เผชิญ ผู้ดูแลในครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 3 มิติของการดูแล ได้แก่ 1.4.1 กำลังใจและความปลอดภัยจากครอบครัว 1.4.2 การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด และ 1.4.3 ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย รายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 1.4.1 กำลังใจและความปลอดภัยจากครอบครัว

ความเจ็บป่วยและความทุกข์ทรมานจากโรคและการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนานมักทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึท้อแท้ หดกำลังใจ หรือในรายที่รุนแรงมีการพยายามฆ่าตัวตายเหล่านี้มีสาเหตุมาจากการหมดกำลังใจ ผู้ดูแลในครอบครัวจึงดูแลให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย มีความสอดคล้องกับ Kusi et al. (2020) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลผู้ป่วยมะเร็งด้วยการสนับสนุนจิตใจ ให้กำลังใจผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยมะเร็งมักอยู่ในสถานะที่มีการบีบคั้นทางจิตใจซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ หดกำลังใจได้ และมีความสอดคล้องกับ สุธีพร ธนศิลป์ (2563) ที่กล่าวว่า การให้กำลังใจและเสริมแรงแก่ผู้ป่วยมะเร็งตามที่ต้องการถือเป็นการให้ที่ยิ่งใหญ่สำหรับคนที่รักเปรียบเสมือนการเติมพลังชีวิต ทำให้ชีวิตมีความหมายและเป็นความทรงจำที่น่าประทับใจเพราะว่ากำลังใจเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพลังใจในการต่อสู้กับโรคมะเร็งและการรักษาที่สร้างความทุกข์ทรมาน ดังนั้นควรมีการพูดให้กำลังใจ และใช้คำพูดปลอดภัยจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยให้มีกำลังใจในการสู้กับโรคและการรักษาขึ้น

##### 1.4.2 การดูแลให้สบายใจช่วยให้ผ่อนคลายความเครียด

ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีความเครียดที่อยู่ในตัวเองเนื่องจากความเจ็บป่วย ในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นผู้ดูแลในครอบครัวมีกลวิธีเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความเครียดด้วยการทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ เป็นการบรรเทาความรู้สึก ใช้การพูดคุย รับฟังปัญหาและเรื่องราวต่างๆที่เกิดขึ้น การพูดคุยให้เปลี่ยนอารมณ์ การดู Youtube ดูโทรทัศน์เพื่อผ่อนคลายไม่ให้น่าอารมณ์ไปจมอยู่กับความเครียด เหล่านี้เป็นกลวิธีที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความผ่อนคลายและมีความสบายใจ มีความสอดคล้องกับ Leow and Chan (2017) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลจัดการกับความเครียดของผู้ป่วยด้วยวิธีการทำให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ ชวนพูดคุยและคอยรับฟังปัญหาซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจ และมีความสอดคล้องกับ ศุภกาญจน์ โอภาสรัตน์กร และคณะ (2558) ที่กล่าวว่า ในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลด้วยการใช้การ

สื่อสารที่ดี ใช้การพูดคุยจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจและช่วยบรรเทาความเครียดลงได้ ดังนั้น ในการจัดการกับความเครียด ควรช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสบายใจจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายและคลายความตึงเครียดลงได้

### 1.4.3 ยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มีหงุดหงิดง่าย ซึมเศร้า ผู้ป่วยได้ระบายอารมณ์ใส่ผู้ดูแลในครอบครัวทำให้บางครั้งอาจส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพของครอบครัวได้ เนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยและนิ่งไม่ตอบโต้ผู้ป่วย ทำให้อารมณ์ของผู้ป่วยอ่อนลง มีความสอดคล้องกับ วารุณี มีเจริญ (2557) ที่ศึกษาถึงการปรับตัวของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นผู้ดูแลในครอบครัวควรใช้ความเข้าใจเกี่ยวกับอารมณ์ต่างๆของผู้ป่วยและใช้ทักษะการสื่อสารที่ดีจะช่วยให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยได้ และสอดคล้องกับ พรพิมล เลิศพานิช และคณะ (2560) ที่กล่าวว่าผู้ดูแลในครอบครัวใช้ความเข้าใจว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมีความเจ็บป่วยอยู่ จึงยอมนิ่งไม่ตอบโต้ผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการที่อ่อนลงและไม่เกิดการทะเลาะเกิดขึ้น ดังนั้น ในยอมรับกับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวควรมีการพัฒนาทักษะในการสื่อสาร และควรมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงถึงสภาพความเจ็บป่วยจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้โดยไม่เกิดปัญหาหรือมีการทะเลาะ หรือการปะทะอารมณ์เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว

### 1.5 การดูแลตามความเชื่อทางศาสนา

ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลตามความเชื่อทางศาสนาเนื่องจากผู้ป่วยมีความฟุ้งซ่าน คิดมาก จิตใจไม่สงบ ผู้ดูแลในครอบครัวดูแลสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมทางศาสนามีไหว้พระสวดมนต์ เจริญสติ อ่านหนังสือธรรมะ เปิดเทปธรรมะสอนใจ เป็นต้น มีความสอดคล้องกับ วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์ (2552) ที่กล่าวว่า การดูแลให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยมะเร็งเกิดความผาสุกทางจิตวิญญาณ ช่วยให้มีความจิตใจสงบและอาจเกิดการปล่อยวางได้ และมีความสอดคล้องกับ พระไพศาล วิสาโล และคณะ (2552) ที่กล่าวว่า การสนับสนุนให้ประกอบกิจทางศาสนาช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบ ปล่อยวางและยอมรับความตายได้เพราะว่าการไม่ปล่อยวางสิ่งต่างๆ การปฏิเสธความตาย ซัดขิ้นไม่ยอมรับความจริงที่อยู่เบื้องหน้าเป็นสาเหตุแห่งความทุกข์ของผู้ป่วยและเหตุขัดแย้งขึ้นนั้นก็เพราะยังยึดติดกับบางสิ่งบางอย่าง ดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยปล่อยวางให้มากที่สุดอาจช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความตายได้ ดังนั้นควรดูแลผู้ป่วยที่มีจิตใจฟุ้งซ่าน คิดมากด้วยการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาจะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสงบทางจิตใจได้

## 1.6 การดูแลผู้ป่วยเพื่อลดความกลัวตาย

ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยมะเร็งเป็นปัญหาสำคัญที่พบได้คือ ความกลัวตายซึ่งเกิดขึ้นเนื่องจากการที่ผู้ป่วยยังไม่สามารถยอมรับความตายได้ อีกทั้งเกิดจากกลไกระบบจิตประสาท-ภูมิคุ้มกันที่ไม่สมดุลกัน ควรให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักและความเห็นอกเห็นใจในความทุกข์ที่รบกวนจิตใจ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความกลัวตายน้อยลงและมีจิตใจเข้มแข็งขึ้น พบว่า ความกลัวตายนั้นเป็นแรงขับเคลื่อนให้ผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องและดูแลตนเองอย่างเคร่งครัด (Bergqvist & Strang, 2017) โดยให้การดูแลด้วยการสร้างสายสัมพันธ์ญาติมิตร การอยู่เป็นเพื่อนชวนพูดคุย มีความสอดคล้องกับ สมณันท์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต (2562) ที่กล่าวว่า การขจัดความกลัวตายของผู้ป่วยมะเร็งด้วยการส่งเสริมความมีส่วนร่วมการดูแลของครอบครัว ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยอยู่อย่างโดดเดี่ยวด้วยการอยู่เคียงข้าง และใช้การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคลายความกลัวตาย ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรัก ความเข้าใจ การร่วมกันดูแลของคนในครอบครัว อยู่เคียงข้าง มีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็งและความกลัวตายอาจลดลง

### ประเด็นที่ 2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้อื่นจึงสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพราะหากขาดความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลในครอบครัวอาจไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพซึ่งความช่วยเหลือจากผู้อื่นเป็นปัจจัยสนับสนุนการดูแล ผลการวิจัยได้แบ่งออกเป็น 3 ประเด็นย่อย 2.1 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว 2.2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ และ 2.3 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน รายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 2.1 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัว

การได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในเรื่องของการแบ่งเบาภาระเรื่องเงินเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยเป็นหลักทำให้รายได้ลดน้อยลงจึงได้รับความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และได้รับความช่วยเหลือเรื่องการผลิตเปลี่ยนหมอนเวียนดูแลและช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวไม่รู้สึกรำคาญตนเองเหนื่อยเกินไป ผลการวิจัยประกอบด้วย 2 มิติ ได้แก่ 2.1.1 การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน และ 2.1.2 การผลิตเปลี่ยนหมอนเวียนดูแล รายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 2.1.1 การแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน

ความช่วยเหลือกันของคนในครอบครัวด้านทรัพยากรทางการเงินนั้นเป็นสิ่งที่มีความจำเป็นเพราะว่าด้วยข้อจำกัดของผู้ดูแลในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุไม่ได้ประกอบอาชีพ การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางการเงินจากคนในครอบครัว จากลูก ที่ให้ความช่วยเหลือเพราะความเห็นใจและเข้าใจว่าผู้ดูแลในครอบครัวมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่ายในการดูแล ซึ่งรายได้ไม่สมดุลกับ

รายจ่ายเป็นอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการดูแล (Hassankhani et al., 2020) การได้รับความช่วยเหลือและบริหารจัดการด้านการเงินของครอบครัวจะช่วยให้สามารถแบ่งเบาภาระที่เกิดขึ้นทางการเงินได้ มีความสอดคล้องกับ Wiseso et al. (2017) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการสนับสนุนด้านการเงินจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งได้เพราะการดูแลย่อมมีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการดูแล ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับความช่วยเหลือในเรื่องทรัพยากรทางการเงินซึ่งเป็นปัจจัยช่วยสนับสนุนการดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และยังช่วยลดความวิตกกังวลที่อาจจะเกิดขึ้นจากภาระค่าใช้จ่าย

### 2.1.2 การผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านนั้นคนในครอบครัวมักมีส่วนร่วมในการดูแล บางครอบครัวมีการแบ่งหน้าที่ในการดูแลเพราะว่าการดูแลนั้นเป็นความรับผิดชอบร่วมกันของคนในครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับ Linderholm and Friedrichsen (2010) ที่กล่าวว่า การแบ่งหน้าที่กันของคนในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้หน้าที่ของตนเองที่ต้องรับผิดชอบและให้การดูแลโดยที่ไม่ต้องมีการบอกกล่าว เป็นความรับผิดชอบที่ทำด้วยความเต็มใจเพราะว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านของครอบครัวนั้นมีลักษณะการดูแลเป็นแบบทีมคือ ผู้ดูแลในครอบครัวทุกคนจะมีส่วนร่วมในการดูแล มีความสอดคล้องกับ Wannapornsiri (2018) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งไม่สามารถดูแลเพียงลำพังได้ ต้องได้รับความช่วยเหลือผลัดเปลี่ยนการดูแลเพราะว่าจะส่งผลต่อคุณภาพของการดูแล ไม่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเหนื่อย เครียดจนเกินไป และมีความสอดคล้องกับ Wiseso et al. (2017) ที่กล่าวว่า การดูแลร่วมกันของผู้ดูแลในครอบครัวจะช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีเวลาพักผ่อน มีเวลาส่วนตัวที่กลับมาดูแลตนเอง ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยเพียงลำพังอาจทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีปัญหาทางสุขภาพ เครียดและเหนื่อยจนอาจทำให้รู้สึกอยากถอนตัวจากการเป็นผู้ดูแล จึงควรได้รับการสนับสนุนในเรื่องแรงและเวลาในการช่วยเหลือให้มีการผลัดเปลี่ยนการดูแลจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดสมดุลของบทบาทการเป็นผู้ดูแลในครอบครัว

### 2.2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ

การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพ ในเรื่องความรู้และคำแนะนำสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านเนื่องจากผู้ดูแลในครอบครัวอาจพร่องความรู้ในการดูแลผู้ป่วยหรือขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งหากได้รับข้อมูลที่ถูกต้องจะช่วยให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกวิธี มีความสอดคล้องกับ อินทิตรา มหาวีรานนท์ และคณะ (2562) ที่กล่าวว่า ความรู้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้เพราะการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีความซับซ้อน ผู้ดูแลในครอบครัวต้องมีศักยภาพและความรู้ที่อยู่ในเกณฑ์มาตรฐานจึงจะสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ มีความสอดคล้องกับ ชัญญานุช พะลัง และปิ่นหทัย หนูนวล (2563) ที่ศึกษาถึงแรงสนับสนุนทางสังคม พบว่าการได้รับความรู้เรื่องการดูแลขณะผู้ป่วยได้รับการรักษาจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถ



ดูแลผู้ป่วยได้และสามารถเผชิญปัญหาได้เมื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้น การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพในเรื่องของความรู้ที่ใช้ในการดูแลช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลและสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นได้เพราะหากผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความรู้ที่เพียงพอต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านแล้วจะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความมั่นใจ และทำให้ความเครียดจากการเผชิญปัญหาต่างๆ ลดลงได้อีกด้วย

### 2.3 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน

การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน ในด้านสิ่งของและบริการเป็นความช่วยเหลือที่เกิดขึ้นจากชุมชนและวัดให้ความช่วยเหลือ โดยในชุมชนมี อสส. ที่เป็นจิตอาสาของชุมชนเป็นผู้คอยประสานความช่วยเหลือมาสู่ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยให้ได้รับบริการและสิ่งของ เช่น นม ยาสามัญประจำบ้าน หน้ากากอนามัย รวมถึงการตรวจเยี่ยมบ้าน การมาวัดความดันโลหิตเพื่อประเมินอาการเบื้องต้น เป็นการได้รับความช่วยเหลือจากระบบสุขภาพชุมชน มีความสอดคล้องกับ สุวรรณมา ณีจันทร์ และคณะ (2552) ที่กล่าวว่า การได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการจากระบบสุขภาพชุมชน เป็นปัจจัยในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นตัวกลางที่คอยประสานความช่วยเหลือมาสู่ผู้ป่วย คอยรายงานอาการต่างๆที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยแก่เจ้าหน้าที่ที่มีความสอดคล้องกับ สุปรีดา มั่นคง และคณะ (2559) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นผู้ประสานความช่วยเหลือจากแหล่งชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเข้ารับการช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้น หากได้รับความช่วยเหลือจากชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะช่วยสนับสนุนการดูแลเรื่องสิ่งของและการเข้าถึงบริการทางสาธารณสุขให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งเป็นการดูแลในลักษณะที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เป็นการดูแลแบบไร้รอยต่อที่จะช่วยส่งเสริมการดูแลให้มีประสิทธิภาพ (ฉัตรกมล เจริญวิภาดา, 2560)

### ประเด็นที่ 3 การเรียนรู้และการปรับตัวจากการดูแล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นย่อมเกิดความเครียดที่เกิดจากการปรับตัวต่อการรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแล อาศัยการเรียนรู้จะช่วยให้สามารถปรับตัวได้ เมื่อสามารถปรับตัวได้จะเกิดความรู้สึกที่ดีได้ดูแล มีความภาคภูมิใจตามมา แต่สิ่งที่ยังคงอยู่คือความเหนื่อยเนื่องจากการดูแลต่อเนื่องยาวนานทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวเหนื่อยจากการดูแล ประกอบด้วย 3 ประเด็นย่อย ได้แก่ 3.1 เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล 3.2 เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ และ 3.3 ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

#### 3.1 เพราะความไม่รู้จึงทำให้เครียดในช่วงแรกของการดูแล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่บ้านในช่วงแรกของการรับบทบาทในการดูแล ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดจากการปรับตัวกับบทบาทใหม่เพราะว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งนั้นมีการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น

เช่น ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดเมื่อกลับมาดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านผู้ดูแลในครอบครัวต้องเรียนรู้วิธีการดูแล รวมถึงทักษะที่จำเป็นสำหรับดูแลผู้ป่วยที่บ้านทำให้เกิดความเครียดขึ้นได้ มีความสอดคล้องกับ ทรงสุตา ยงพัฒนจิตร และคณะ (2563) ที่กล่าวว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเครียดจากการดูแล และผู้ดูแลในครอบครัวใช้ความเครียดเป็นตัวขับเคลื่อนในการปรับตัวเรียนรู้วิธีการดูแลผู้ป่วย และนอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ Downe-Wamboldt et al. (2006) ที่กล่าวว่า วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวใช้มากที่สุดคือการจัดการกับอารมณ์เครียดด้วยการเรียนรู้เพื่อปรับตัวให้สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลได้ หากสามารถปรับตัวได้แล้วผู้ดูแลในครอบครัวจะมีระดับของความเครียดลดลง ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการสนับสนุนในเรื่องของการเรียนรู้และการปรับตัวเพื่อรับมือกับการเป็นผู้ดูแลในครอบครัวจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นจากความไม่รู้วิธีการดูแลผู้ป่วยลงได้

### 3.2 เหนื่อยจากความรับผิดชอบหลากหลาย ร่างกายพักผ่อนไม่พอ

การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลในครอบครัวมีหน้าที่ความรับผิดชอบที่หลากหลาย เช่น การหารายได้ การดูแลความสะอาดบ้าน การพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัดและต้องตื่นแต่เช้าเพื่อเตรียมของไปโรงพยาบาลหากตื่นสายทำให้รถติดถึงโรงพยาบาลสายและได้คิวตรวจที่นานขึ้น เป็นต้น เป็นสาเหตุให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแล มีความสอดคล้องกับ ธวัชชัย เชื้อนสมบัติ (2560) ที่กล่าวว่า ความเหน็ดเหนื่อยจากการดูแลผู้ป่วยนั้นเกิดจากความรับผิดชอบที่หลากหลาย ทำให้เวลาในการพักผ่อนไม่เพียงพออาจทำให้ปัญหาทางสุขภาพตามมา และมีความสอดคล้องกับ ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์ และคณะ (2559) เป็นการวิจัยเชิงบรรยายศึกษาความเหน็ดเหนื่อยและการจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยของผู้ดูแลในครอบครัว ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวพักผ่อนไม่เพียงพอซึ่งทำให้เกิดความเหน็ดเหนื่อยเพราะต้องนำเวลาเกือบทั้งหมดของตนเองไปดูแลผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับความช่วยเหลือในเรื่องของคำแนะนำในการจัดการกับความเหน็ดเหนื่อยที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จะช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความเหน็ดเหนื่อยลดลงและอาจช่วยลดโอกาสเกิดปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลในครอบครัวลงได้

### 3.3 ภูมิใจ ดีใจที่ได้ดูแล และเป็นโอกาสที่ได้ตอบแทนพระคุณ

ความรู้สึกเชิงบวกที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสอดคล้องกับ จิราพร เกศพิชญวัฒนา (2542) ที่กล่าวว่า การรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีการยึดถือค่านิยมความกตัญญู กตเวทิต่อผู้มีพระคุณ หรือผู้ให้กำเนิด เป็นขนบธรรมเนียมประเพณีไทยที่สืบทอดกันมาอย่างยาวนาน ส่งผลให้ผู้ดูแลในครอบครัวมีความสุข และเกิดความรู้สึกภาคภูมิใจที่ได้ทำหน้าที่ของตนในการตอบแทนพระคุณ โดยการทำให้ผู้มีพระคุณหรือผู้ให้กำเนิดมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ซึ่งคนในสังคมไทยส่วนใหญ่ต่างให้ความชื่นชมว่าเป็นเรื่องที่ดี เป็นมงคลชีวิต ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองมากขึ้น และความรู้สึกภูมิใจนี้ถือว่าเป็นรางวัลชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวให้มีกำลังใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

และสอดคล้องกับ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2552) ที่กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยนั้นย่อมนำมาซึ่งความภาคภูมิใจที่เกิดจากความสามารถในการแก้ไขปัญหาให้กับผู้ป่วย และมีความตั้งใจตามมาหากผู้ป่วยที่ตนดูแลมีอาการดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าและมีทัศนคติที่ดีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวเกิดความรู้สึกเชิงบวกเพื่อให้คงการรับบทบาทในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

### ข้อเสนอแนะและการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาในครั้งนี้มีประเด็นข้อค้นพบที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดูแลและการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านหรือผู้ดูแลในครอบครัวที่มีบริบทคล้ายกับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลได้ดังนี้

1) จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านมีความซับซ้อนและในผู้ป่วยแต่ละรายมีการดูแลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายและอาการที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลต้องมีการเรียนรู้วิธีการและทักษะในการดูแลที่มากพอจนเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วย จึงควรให้การส่งเสริมผู้ดูแลในครอบครัวในเรื่องของความรู้และทักษะในการดูแลด้วยการวางแผนการจำหน่ายในช่วงก่อนกลับบ้าน หรือหลังได้รับการรักษาเสร็จ ให้คำแนะนำ วิธีการดูแล ทักษะสำคัญในการดูแลที่ต้องใช้ดูแลผู้ป่วยพร้อมทั้งให้กำลังใจ และมีการติดตามประเมินซ้ำถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน

2) จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว ทั้งความเครียด ความเหนื่อย ดังนั้นแล้วผู้ดูแลในครอบครัวควรได้รับการประเมินการให้คำปรึกษา คำแนะนำต่างๆในการจัดการปัญหาตามความเหมาะสม หรือมีการพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (Caregiver support group) เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การดูแลร่วมกัน สนับสนุนทางด้านจิตใจและสังคมของผู้ดูแลในครอบครัวต่อไป

3) จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวในการเพิ่มภาระหน้าที่และความรับผิดชอบในครอบครัว บางครั้งผู้ดูแลในครอบครัวเหนื่อยจากการดูแลและอาจมาเจอการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ของผู้ป่วยที่หงุดหงิด โมโหใส่ผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสายสัมพันธ์ของครอบครัวได้ ดังนั้นพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลในครอบครัวควรให้กำลังใจ คอยรับฟังปัญหา ส่งเสริมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพให้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยเพื่อป้องกันความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพครั้งนี้เป็นการศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ผลการวิจัยอาจนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานหรือแนวทางในการวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับการให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว และสามารถนำผลการวิจัยไปใช้กับผู้ดูแลในครอบครัวรายอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกับที่ทำการศึกษานี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปควรมีการศึกษาเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

1) ควรมีการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มมะเร็งชนิดอื่นใน ระยะลุกลามและระยะสุดท้ายเพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ครอบคลุมและนำข้อมูลไปบูรณาการดูแลใน สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยได้อย่างเป็นองค์รวม

2) ควรมีการศึกษาในรูปแบบการวิจัยเชิงปริมาณเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามของผู้ดูแลในครอบครัว เช่น การรับรู้เกี่ยวกับโรค ความรู้ แรง สนับสนุนทางสังคม ความเครียด ความเหนื่อย รายได้ เป็นต้น เพื่อให้ทราบถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านแล้วนำข้อมูลที่ได้มาให้การดูแลช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่มีความจำเป็นต้องมีผู้ดูแลในครอบครัวคอยช่วยเหลือ

## บรรณานุกรม

### ภาษาไทย

- กัญญ์จิฐิตา ศรีภา. (2554). ประสบการณ์ใกล้ตายของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย : การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 19(4), 83-94.
- กัญญ์จิฐิตา ศรีภา. (2555). การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ. *วารสารพยาบาลตำรวจ*, 4(2), 1-18.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2548). ระเบียบ: การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 1-10.
- จอนณะจง เพ็งจาด. (2557). บทบาทพยาบาลในการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชินี กรุงเทพฯ*, 30(1), 100-109.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2542). ความกตัญญูกตเวทีและการดูแลบิดามารดาที่เจ็บป่วยสูงอายุในครอบครัวไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 15(1), 51-64.
- จิรนนท์ ชันแข็ง. (2548). *ประสบการณ์มารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉัตรกมล เจริญวิภาดา. (2560). กรณีศึกษา: การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ต่อเนื่องจากสถานพยาบาลไปยังบ้านและชุมชนในบริบทของศูนย์การดูแลแบบประคับประคอง หน่วยงานให้คำปรึกษา กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลคลองท่อม. *วารสารกระบี่เวชสาร*, 1(5), 11-21.
- ชญัญญาช พะลัง และปิ่นหทัย หนูนวล. (2563). การสนับสนุนทางสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยมะเร็งที่มารับการรักษาที่สถาบันมะเร็งแห่งชาติ : วิจัยกรณีศึกษา. *วารสารโรคมะเร็ง*, 40(2), 62-75.
- ชาย โปธิสิตา. (2556). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ*. อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- ชูชื่น ชีวพูนผล. (2541). *อิทธิพลของภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติผู้ดูแล และความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ทรงสุดา ยงพัฒน์จิตร, สุปรีดา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ. (2563). ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารสภาการพยาบาล* 35(2), 116-131.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. (2553). *พยาบาล : เพื่อนร่วมทุกข์ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย*. วี.พริ้นท์ (1991) จำกัด.
- ทิพย์วรรณ อรัญตร, อนงนาฏ เรืองคำ, พรพิศ เรืองขจร, นันทน์ภัส พรุเพชรแก้ว และภัทรพิมพ์ สรรพวีรวงศ์. (2560). ภาวะโภชนาการ ความเชื่อและพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ประเภทเนื้อสัตว์ในผู้ป่วยมะเร็ง. *วารสารโรคมะเร็ง*, 37(4), 127-144.

- ธวัชชัย เชื้อนสมบัติ. (2560). *ประสบการณ์ของพยาบาลที่ดูแลญาติผู้สูงอายุในครอบครัวที่มีภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธิดาวรรณ สาลีผล และพัฒนศรี ศรีสุวรรณ. (2562). ทศนคติและความต้องการของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งแบบประคับประคอง ณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 2(3), 66-76.
- นภา ทวีรทรงกุล. (2555). *ประสบการณ์อาการ และการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นลิน ดวงปัญญา. (2562). *ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์ และพัชระกรพจน์ ศรีประสาร. (2557). บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านในโรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 28(2), 92-108.
- เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และสุภวรรณ วงศ์ธีรทรัพย์. (2559). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานการแพทย์ กรุงเทพมหานคร และคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช. *วารสารเกื้อการุณย์*, 23(2), 199-216.
- เบญจมาศ ปรีชาคุณ, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, ศิริกร ก้องวัฒนะกุล, แสงระวี แทนทอง, พรพิมล เลิศพานิช, และชนิดฐา หาญประสิทธิ์คา. (2562). ประสบการณ์อาการและการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ สสอท*, 1(1), 50-66.
- ปรารธนา โกศลนาคร. (2559). การศึกษาเกี่ยวกับการตัดสินใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการเลือกสถานที่ดูแลระยะสุดท้ายและสถานที่เสียชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60(3), 355 - 364.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์. (2560). รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในประเทศไทย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 26(3), 40-51.
- พรพิมล เลิศพานิช, อาภาพร นามวงศ์พรหม และน้ำอ้อย ภักดีวงศ์. (2560). ประสบการณ์อาการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. *วารสารสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย*, 6(1), 45-55.
- พระไพศาล วิสาโล, นกตล ศรีเกียรติขจร, เกศินี คุณทรัพย์ และสมิตรา ศรีสุภรัตน์. (2552). *เผชิญความตายอย่างสงบ เล่ม 2 : ข้อคิดจากประสบการณ์*. สามลดา.
- พวงพยอม จุลพันธ์, พรพรรณ มนัสจกุล และสุพรรณิ สุตสา. (2563). ประสบการณ์ของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุนระยะสุดท้ายให้เผชิญการตายอย่างสงบ. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 36(3), 33-44.

- พีชระกรพจน์ ศรีประสาร และสินีนุช ขำดี. (2561). ความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล การใช้บริการ การพยาบาลที่บ้าน และผลลัพธ์ของการดูแลในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข* 32(1), 41-58.
- ภรณ์ เหล่าอิทธิ และนภา ปริญญาติกุล. (2559). มะเร็งเต้านม : ระบาดวิทยา การป้องกันและแนวทางการตรวจคัดกรอง. *จุฬาลงกรณ์เวชสาร*, 60 (5), 497-507.
- ภักพร กอบพิงตัน, จินตนา จรรย์เต, ดรุณี ดลรัตนภัทร, อรศิลป์ ชื่นกุล และดรุณี ส่องแสง. (2551). คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 26(2), 47-55.
- ภิญโญ อุทธิยา. (2563). บทบาทของพยาบาลหน่วยบริการพยาบาลผู้ป่วยที่บ้านในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ โรคมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(1), 18-25.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 2(1), 84-94.
- ลัดดาวัลย์ ไกรรักษ์, วรรณภา ประไพพานิช และสุปรีดา มั่นคง. (2559). ความเหนื่อยล้าและวิธีการจัดการกับความเหนื่อยล้าของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวภายหลังออกจากโรงพยาบาล. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 22(7), 17-30.
- ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, ทิพาพร วงศ์หงษ์กุล, ชวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, วันดี สุทธิรังษี และโคเฮน, ม. ช. (2551). ประสบการณ์ของคู่สมรสผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอขณะได้รับรังสีรักษา. *วารสารวิจัยทางการแพทย์*, 12(3), 207-219.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. ชาญเมืองการพิมพ์.
- วรัณธร โพธารินทร์, วรุณี แสงทอง, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, อีราภรณ์ บุญล้อม และณัฐภัสสญ์ นวลสีทอง. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารมหจุฬานาครทรรศน์*, 8(9), 131-143.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- วารุณี มีเจริญ, จิตติกานต์ กาลเทศ และกัลยา นุตระ. (2558). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 36(4), 52-61.
- วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2565). *การดูแลแบบประคับประคอง : การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิเชียร ศรีมนินทร์นิมิต, วิโรจน์ ศรีอุฬารพงศ์ และสุดสวาท เลหาวินิจ. (2554). *ทำความเข้าใจกับยาเคมีบำบัด*. มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย
- วิไลลักษณ์ ตันติตระกูล และสุรีพร ธนศิลป์. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารสำนักการแพทย์ทางเลือก*, 2(3), 27-36.
- ศมนนันทน์ ทศนีย์สุวรรณ และกิตติกร นิลมานัต. (2562). ภาวะบีบคั้นด้านจิตใจของผู้ป่วยโรคมะเร็งระหว่างรับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและการพยาบาล. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 39(4), 110-119.

- ศิริรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริชยานุกูล และธราณี สิชชยานุกูล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ : การสังเคราะห์องค์ความรู้*. โรงพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ศิริพันธ์ สาสัติย์, กนิษฐา บุญธรรมเจริญ, ลัดดา ดาริการเลิศ, อุบล ทลิมสกุล และนางลักษณ์ พะโกยะ. (2552). *ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย*. กรุงเทพมหานคร: แผนงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- ศิริวิชญ์ สุวิทยะศิริ และวรายศ ตราฐิติพันธ์. (2565). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและให้การรักษาแบบองค์รวมในผู้ป่วยมะเร็งแพร่กระจายกระดูกสันหลัง : บทความปริทัศน์. *วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬารักษ์*, 4(2), 70-77.
- ศิริพันธ์ สาสัติย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ : ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สีนุ และสมใจ พุทธาพิทักษ์ผล. (2542). การพยาบาลและการดูแล : ความเหมือนที่แตกต่าง. *วารสารสภาการพยาบาล*, 14(3), 10-23.
- ศุภกาญจน์ โอภาสรัตนกร, มุกดา เดชประพนธ์ และบัวหลวง สำแดงฤทธิ์. (2558). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคมะเร็งหลังโพรงจมูกที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีร่วมกับยาเคมีบำบัด. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 21(2), 158-171.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). *คู่มือมาตรฐาน การทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัด และการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา*. นวัตกรรมดาการพิมพ์.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2562*. บริษัท นวัตกรรมดาการพิมพ์ จำกัด.
- สมปอง พะมุลิตา, บำเพ็ญจิต แสงชาติ และวรรณมน ปาพรม. (2562). ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งท่อน้ำดีและครอบครัว. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี*, 21(1), 146-154.
- สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
- สายพิณ หัตถิรัตน์. (2551). *คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์*. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน.
- สาวิตรี สุราทะโก, เบญจมาศ ปรีชาคุณ, อัมภาพร นามวงศ์พรหม, ธัญญา ยอดยิ่ง, ธนัชร ปรางจันทร์, น้ำอ้อย รักติวงศ์ และศุภรัตน์ แป้นโพธิ์กลาง. (2564). ความต้องการและการได้รับความรู้และการสนับสนุนของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามและญาติผู้ดูแล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 44(2), 109-120.
- สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.



- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). *คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. พิมพ์ครั้งที่ 4 .กรุงเทพมหานคร: ที่คิวพี.
- สิรินทร ฉันทศิริกาญจน, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, สันติ ลาภเบญจกุล, อัญญาพร สุทัศน์วรวิมล, ศุภลักษณ์ เข้มทอง และสมคิด เพื่อนรัมย์. (2559). *คู่มือการดูแลระยะยาว สำหรับทีมหมอครอบครัว*. บริษัท ไชเบอร์พรีนซ์ กรุ๊ป จำกัด.
- สุชาวดี รุ่งแจ้ง และรัชนี้ นามจันทร์. (2559). การจัดการอาการในผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 27(2), 43-57.
- สุรารัตน์ กุลรัตนมาศ และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2560). ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 76-84.
- สุนทรี ภาณุทัต, จำลอง ชูโต, เฉลิมศรี นันทวรรณ, อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ และทัศนีย์ พลกษาชีวะ. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการ. *วารสารราชธานีนวัตกรรมทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 1(1), 1-15.
- สุปรีดา มั่นคง, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และศุภร วงศ์ทัญญู. (2559). บทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง:การศึกษาเบื้องต้นเชิงคุณภาพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 31(4), 104-121.
- สุภัสร์ สุนงกษ, วรัญญา ครองแก้ว, นภาพรณี อุดมผล, นภาพรณ ล้ออิสระตระกูล และเพ็ญพร พรรณา. (2560). *คู่มือมาตรฐานการทำงานเกี่ยวกับยาเคมีบำบัดและการดูแลผู้ป่วยหลังได้รับยา*. บริษัท นิเวศธรรมดาการพิมพ์(ประเทศไทย) จำกัด.
- สุรียา ฟองเกิด และสรวงทิพย์ ภูฤกษ์ณา. (2557). ผลของโปรแกรมการพยาบาลตามรูปแบบความเชื่อ ความเจ็บป่วยต่อความทุกข์ทรมานของครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(3), 122-131
- สุริพร ธนศิลป์. (2563). *การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน.ใน การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม*. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวรรณมา มณีจำนงค์, จรรยา สันตยากร และชมนาด วรรณพรศิริ. (2552). ประสบการณ์การดูแลแบบองค์รวมของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายของชีวิต. *วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร*, 3(2), 105-116.
- สุวรรณณี สิริเลิศตระกูล, สุวลักษณ์ วงศ์จรโรจศิลป์, ประไพ อริยประยูร และแมนมนา จิระจรัส. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. ห้างหุ้นส่วนจำกัด สันทวีกิจ พรินต์ติ้ง.
- อรอุทัย โฉมเฉิด. (2552). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย ความรู้สึกสอดคล้องกลมกลืนในชีวิต และความหมายในชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลาม วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการศึกษา คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวิฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม และสุปรีดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 23(3), 328-343.

- อัญญา ปลดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 23(2), 1-10.
- อารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2559). *การวิจัยเชิงคุณภาพทางการพยาบาล*. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อินทิรา มหาวีรานนท์, สุรีพร ธนศิลป์ และจรรยา ฉิมหลวง. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ ต้องการการดูแลแบบสนับสนุนของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 20(1), 93-100.
- อุปมา เลี้ยงสว่างวงศ์. (2541). โรคมะเร็ง. *วารสารวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์*, 12(1), 43-54.

### ภาษาอังกฤษ

- American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts & Figures 2014*. American cancer society.
- Aoun, S., Deas, K., Toye, C., Ewing, G., Grande, G., & Stajduhar, K. (2015). Supporting family caregivers to identify their own needs in end-of-life care: Qualitative findings from a stepped wedge cluster trial. *Journal of Palliative Medicine* 29(6), 508-517.
- Bergqvist, J., & Strang, P. (2017). The will to live - breast cancer patients perceptions' of palliative chemotherapy. *Acta Oncol*, 56(9), 1168-1174.
- Blum, D. (2010). *Caregiving for your loved one with cancer*. Retrieved January 23, 2022, from [http://www.cancercare.org/pdf/booklets/ccc\\_caregiver.pdf](http://www.cancercare.org/pdf/booklets/ccc_caregiver.pdf).
- Boogerd, W., & van der Sande, J. J. (1993). Diagnosis and treatment of spinal cord compression in malignant disease. *Cancer Treatment Reviews*, 19(2), 129-150.
- Cal, A., Zengin, S., & Avci, I. A. (2018). Needs of Patients with Prostate Cancer for Home Care. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 5(4), 408-414.
- Cancer Council Australia. (2019). *Living with advanced cancer*. Cancer council australia.
- Doumit, M. A., Huijjer, H. A., Kelley, J. H., & Nassar, N. (2008). The lived experience of Lebanese family caregivers of cancer patients. *Journal of Cancer Nursing*, 31(4), E36-42.
- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131-142.
- Downe-Wamboldt, B., Butler, L., & Coulter, L. (2006). The relationship between meaning of illness, social support, coping strategies, and quality of life for lung cancer patients and their family members. *Cancer Nurs*, 29(2), 111-119.
- Ferlay, J., Colombet, M., Soerjomataram, I., Mathers, C., Parkin, D. M., Piñeros, M., . . . Bray, F. (2019). Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. *International Journal of Cancer*, 144(8), 1941-1953.

- George, H. S. (1996). *Redefining family support: Innovations in public-private partnerships*. Pual H. Bookes.
- Hassankhani, H., Eghtedar, S., Rahmani, A., Ebrahimi, H., & Whitehead, B. (2019). A Qualitative Study on Cancer Care Burden: Experiences of Iranian Family Caregivers. *Journal of Holistic Nursing Practice*, 33(1), 17-26.
- Hassankhani, H., Rahmani, A., Best, A., Taleghani, F., Sanaat, Z., & Dehghannezhad, J. (2020). Barriers to home-based palliative care in people with cancer: A qualitative study of the perspective of caregivers. *Open Nursing Journal*, 7(4), 1260-1268.
- Horwitz, A. V., & Reinhard, S. C. (1995). Ethnic differences in caregiving duties and burdens among parents and siblings of persons with severe mental illnesses. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(2), 138-150.
- Kusi, G., Boamah Mensah, A. B., Boamah Mensah, K., Dzomeku, V. M., Apiribu, F., & Duodu, P. A. (2020). Caregiving motivations and experiences among family caregivers of patients living with advanced breast cancer in Ghana. *PLoS One*, 15(3), e0229683.
- Leahey, M., & Harper-Jaques, S. (1996). Family-Nurse Relationships: Core Assumptions and Clinical Implications. *Journal of Family Nursing*, 2(2), 133-151.
- Leninger, M. (1991). *Culture Care Diversity and Universality : A Theory of Nursing*. Addison-Wesley.
- Leow, M. Q., & Chan, S. W. (2017). The Challenges, Emotions, Coping, and Gains of Family Caregivers Caring for Patients With Advanced Cancer in Singapore: A Qualitative Study. *Cancer Nurse Journal*, 40(1), 22-30.
- Liang, S. Y., Chang, T. T., Wu, W. W., & Wang, T. J. (2019). Caring for patients with oral cancer in Taiwan: The challenges faced by family caregivers. *European Journal of Cancer Care*, 28(1), e12891.
- Linderholm, M., & Friedrichsen, M. (2010). A desire to be seen: family caregivers' experiences of their caring role in palliative home care. *Cancer Nurse Journal*, 33(1), 28-36.
- Luttik, M. L., Jaarsma, T., Tijssen, J. G. P., van Veldhuisen, D. J., & Sanderman, R. (2008). The Objective Burden in Partners of Heart Failure Patients; Development and Initial Validation of the Dutch Objective Burden Inventory. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(1), 3-9.
- Maree, J. E., Moshima, D., Ngubeni, M., & Zondi, L. (2018). On being a caregiver: The experiences of South African family caregivers caring for cancer patients. *European Journal of Cancer Care*, 27(2), e12801.

- Martin, J. M., Olano-Lizarraga, M., & Saracibar-Razquin, M. (2016). The experience of family caregivers caring for a terminal patient at home: A research review. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 1-12.
- Mehta, A., Cohen, S. R., Carnevale, F. A., Ezer, H., & Ducharme, F. (2010). Family caregivers of palliative cancer patients at home: the puzzle of pain management. *Journal of Palliative Care*, 26(3), 184-193.
- Morse, J. M., Solberg, S. M., Neander, W. L., Bottorff, J. L., & Johnson, J. L. (1990). Concepts of caring and caring as a concept. *Advances in nursing science*, 13(1), 1-14.
- Mullan, F. (1985). Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *The New England Journal of Medicine*, 313(4), 270-273.
- National Cancer Institute. (2013). *Family Caregivers in Cancer: Roles and Challenges*. Retrieved January 23, 2022, from <http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/caregivers/healthprofessional/page1/AllPages#2>.
- National Cancer Institute. (2020). *Advanced Cancer*. Retrieved February 11, 2022, from <https://www.cancer.gov/about-cancer/advanced-cancer>.
- Neubauer, B. E., Witkop, C. T., & Varpio, L. (2019). How phenomenology can help us learn from the experiences of others. *Perspectives on Medical Education*, 8(2), 90-97.
- Nijboer, C., Tempelaar, R., Triemstra, M., Bos, G., & Sanderman, R. (2001). The role of social and psychologic resources in caregiving of cancer patients. *Journal of Cancer*, 91, 1029-1039.
- Penner, J. L., McClement, S., Lobchuk, M., & Daeninck, P. (2012). Family members' experiences caring for patients with advanced head and neck cancer receiving tube feeding: a descriptive phenomenological study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 44(4), 563-571.
- Royackers, A., Regan, S., & Donelle, L. (2016). The eShift model of care: informal caregivers' experience of a new model of home-based palliative care. *Progress in Palliative Care*, 24(2), 84-92.
- Saleh, F., & O'Neill, C. (2018). The experiences of caregivers providing home care for terminally ill family members at the end of life: A phenomenological study in Bahrain. *Clinical nursing studies journal*, 6, 57.
- Sano, T., Maeyama, E., Kawa, M., Shirai, Y., Miyashita, M., Kazuma, K., & Okabe, T. (2007). Family caregiver's experiences in caring for a patient with terminal cancer at home in Japan. *Palliative and Supportive Care*, 5(4), 389-395.
- Sherman, D. W., McGuire, D. B., Free, D., & Cheon, J. Y. (2014). A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using

- a mixed methods approach. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(3), 385-399.
- Solomon, R., Egorova, N., Adelson, K., Smith, C. B., Franco, R., & Bickell, N. A. (2019). Thirty-Day Readmissions in Patients With Metastatic Cancer: Room for Improvement? *Journal of Oncology Practice* 15(5), e410-e419.
- Tipseankhum, N., Tongprateep, T., Forrester, D., & Silpasuwun, P. (2016). Experiences of people with advanced cancer in home-based palliative care. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(3), 238-251.
- Tsigaropoulos, T., Mazaris, E., Chatzidarellis, E., Skolarikos, A., Varkarakis, I., & Deliveliotis, C. (2009). Problems faced by relatives caring for cancer patients at home. *International Journal of Nursing Practice*, 15(1), 1-6.
- Tuohy, D., Cooney, A., Dowling, M., Murphy, K., & Sixsmith, J. (2013). An overview of interpretive phenomenology as a research methodology. *Nurse researcher*, 20, 17-20.
- van Manen, M. (1990). *Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy*. State University of New York Press.
- Wannapornsiri, C. (2018). The experiences of family caregivers providing palliative cancer care in Thailand. *International Journal of Palliative Nursing*, 24(11), 559-565.
- Wisoso, W., Fongkaew, W., Pinyokham, N., & Spiers, J. (2017). Caring for Terminally Ill Persons with Cancer: Experiences of Thai Buddhist Family Caregivers. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 21(1), 317-303.
- Wu, M. P., Huang, S. J., & Tsao, L. I. (2020). The Life Experiences Among Primary Family Caregivers of Home-Based Palliative Care. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 37(10), 816-822.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

ภาคผนวก ก  
เอกสารการอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์  
เอกสารการรับรองการอบรมจริยธรรมการวิจัยในคน  
เอกสารพิจารณาจริยธรรมการวิจัย  
คำชี้แจงและคุ้มครองสิทธิสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย  
ใบยินยอมสำหรับของผู้เข้าร่วมการวิจัย  
และหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ประกาศ

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
เรื่อง การอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์  
ครั้งที่ 9/2564 ประจำปีการศึกษา 2564

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370004536
ชื่อ-นามสกุล	นายกัมพล อินทรทะกุล
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ร.อ.หญิง ดร. วาสนิ วิเศษฤทธิ์
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	รองศาสตราจารย์ ดร. สุรีพร ธนศิลป์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. ปิ่นหทัย ศุภเมธพร
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. จอนมะจง เฟ็งจาด
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว EXPERIENCES OF CARING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER AT HOME OF FAMILY CAREGIVERS
ครั้งที่อนุมัติ	9/2564
ระดับ	ปริญญาโท

**นิสิตผู้ทำวิจัยและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์**

รหัสนิสิต	6370016036
ชื่อ-นามสกุล	ร.อ.หญิง ปริยาภรณ์ พฤกษ์ศิริณ
สาขาวิชา	การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
ประธานกรรมการสอบ	รองศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา
อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นรลักษณ์ เอื้อกิจ
ผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก	รองศาสตราจารย์ ดร. พิศสมัย อรทัย
ชื่อหัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับการทำกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยที่ได้รับการใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจแบบถาวร SELECTED FACTORS RELATED TO PHYSICAL ACTIVITY OF PATIENTS WITH CARDIAC PERMANENT PACEMAKER
ครั้งที่อนุมัติ	9/2564
ระดับ	ปริญญาโท

จากมติคณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 6/2565 วันที่ 22 มีนาคม 2565

ประกาศ ณ วันที่ 25 มีนาคม 2565

  
(ศาสตราจารย์ ดร. รัตนาศิริ ทาโต)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์





## Certificate of Accomplishment

This certifies that

**KAMPON INTRONTAKUN**

Has successfully completed the training course of

**Human Research Protection**

June 29, 2020

พอสะ

(Associate Professor Pongsak Noipayak MD.)

Vice President

Navamindradhiraj University



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



## บันทึกข้อความ

ส่วนงาน...สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม...คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล...โทร. ๐-๒๒๕๔-๓๘๔๓.....  
 ที่...สนง.คกก.พิจารณาจริยธรรมการวิจัย...๖๔๒/๒๕๖๕.....วันที่.....๒๓..พฤษภาคม...๒๕๖๕.....  
 เรื่อง...ผลการพิจารณารับรองโครงร่างการวิจัย.(Expedited).....

เรียน นายกัมพล อินทรทะกุล

รศ.ดร.สุรีพร ธนศิลป์

ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร

ตามที่ท่านเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในคณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช เรื่อง ประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว. เลขที่โครงการ ๐๖๒/๖๕.E

คณะกรรมการฯ มีมติรับรองโครงการวิจัยดังกล่าว และขอให้ผู้วิจัยรายงานความก้าวหน้าของโครงร่างการวิจัยทุก.๑๒.เดือน (ให้รายงานความก้าวหน้าพร้อมต่ออายุโครงการวิจัยก่อนวันหมดอายุ ๑ เดือน ในวันที่ ๒๑ เมษายน ๒๕๖๖)

จึงเรียนมาเพื่อทราบ ทั้งนี้ ได้แนบเอกสารรับรองโครงการวิจัย และเอกสารที่ได้รับการรับรองมาด้วย

๑. Research protocol version ๒ date ๒๐ May ๒๐๒๒
๒. Informed consent documents version ๒ date ๒๐ May ๒๐๒๒
๓. Case Record Form version ๒ date ๒๐ May ๒๐๒๒
๔. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of conflict of interest

๔.๑ Investigator's


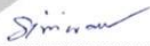
- ๑) Mr. Kampon Introntakun
- ๒) Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp
- ๓) Lecturer Dr. Pinhatai Supametaporn

ลงนาม..... .....

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงศิริวรรณ ตั้งจิตกมล)

ประธาน

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

681 SAMSEN ROAD, DUSIT, BANGKOK 10300 Tel. 0-2244-3843		COA 114/2565
<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD FACULTY OF MEDICINE VAJIRA HOSPITAL CERTIFICATE OF APPROVAL</b>		
<p>The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine Vajira Hospital, is in full compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)</p>		
<b>PROTOCOL TITLE</b>	EXPERIENCES OF CARING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER AT HOME OF FAMILY CAREGIVERS ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว	
<b>STUDY CODE</b>	062/65 E	
<b>PRINCIPAL INVESTIGATOR</b>	Mr. Kampon Introntakun Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp Lecturer Dr. Pinhatai Supametaporn	
<b>AFFILIATION</b>	Department of Nursing Faculty of Medicine Vajira Hospital Navamindradhiraj University	
<b>APPROVAL DOCUMENTS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Research protocol version 2 date 20 May 2022</li> <li>2. Informed consent documents version 2 date 20 May 2022</li> <li>3. Case Record Form version 2 date 20 May 2022</li> <li>4. Investigator's CV and ICH-GCP Training Certificate and Declaration of conflict of interest               <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1 Investigator's                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Mr. Kampon Introntakun</li> <li>2) Assoc. Prof. Dr. Sureeporn Thanasilp</li> <li>3) Lecturer Dr. Pinhatai Supametaporn</li> </ol> </li> </ol> </li> </ol>	
	Signature..... 	
	(Professor Siriwan Tangitgamol, MD) Chairman Vajira Institutional Review Board	
<b>Date of Approval</b>	22/05/2022	
<b>Approval Expire Date</b>	21/05/2023	
Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)		
Page   1/1		

**All approved investigators must comply with the following conditions:**

1. Strictly conduct the research as required by the protocol;
2. Use only the information sheet, consent form (and recruitment materials, if any) veering the Institutional Review Board's seal of approval; and return one copy of such documents of the first subject recruited to the Institutional Review Board (IRB) for the record;
3. Report to the Institutional Review Board any serious adverse event, any Suspected Unexpected Serious Adverse Reaction: SUSAR which occur in Faculty of Medicine Vajira Hospital (Follow FERCIT AG Guidance, Published in June 2011)
4. Provide reports to the Institutional Review Board concerning the progress of the research upon the specified period of time or when requested; **(12 Months)**



**เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย  
(Research Subject Information sheet)**

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามหัวหน้าโครงการวิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อช่วยปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่าน หรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

**ชื่อผู้วิจัย** นายกัมพล อินทรทะกุล

**ที่อยู่ติดต่อ** 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ 10300

**สถานที่ทำงาน** หอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10300  
**หมายเลขโทรศัพท์มือถือส่วนตัว** 062-6424664 **ที่ทำงาน** 02-244-3323 **E-mail:** Kampon@nmu.ac.th

**อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก** รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร ธนศิลป์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**โทรศัพท์** 02 218 1155 **E-mail:** s\_thanasilp@hotmail.com

**อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม** อ. ดร. ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**โทรศัพท์** 02 218 1356 **E-mail:** Pinhatai.s@chula.ac.th

**แพทย์ผู้ดูแลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**

**ชื่อ** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พญ. ปิยรัตน์ ภาคลักษณ์

**ที่อยู่ปัจจุบันเลขที่** 111/1 ถนน พหลโยธิน ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี รหัสไปรษณีย์ 10320

**โทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้** 086 506 6694 **E-mail:** Yui.piyarat@gmail.com

**สถานที่ทำงาน** ภาควิชารังสีวิทยา คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช 681 ถนนสามเสน แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต กรุงเทพฯ รหัสไปรษณีย์ 10300

**เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน**

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่ โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมด เพื่อให้ทราบว่า เหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้าง รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการวิจัย

ในเอกสารนี้ อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้ช่วยผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้ เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจ ท่านจะได้รับเอกสารนี้ 1 ชุด กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแพทย์ที่ท่านรู้จัก ให้ช่วยตัดสินใจว่าควรจะเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่ การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่าน ไม่มีการบังคับหรือชักจูง ถึงแม้ท่านจะไม่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

โปรดอย่าลงลายมือชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ คำว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้ หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้ หากท่านเป็นผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมายของผู้ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัย และลงนามแทนในเอกสารนี้ โปรดเข้าใจว่า “ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยเท่านั้น

### ความเป็นมาของโครงการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน เป็นการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อเนื่องจากโรงพยาบาล บ้านเป็นบริบทที่ผู้ป่วยมีความคุ้นชินจึงมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามนี้มักมีปัญหาความเครียดสูง มีความวิตกกังวล สับสน เศร้าหมอง ท้อแท้ หมดหวังในชีวิต มีความทุกข์ทรมานจากสภาพการเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความไม่สุขสบายต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน มีความเจ็บปวดต่าง ๆ เป็นต้น และไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติหรือมีภาวะพึ่งพาผู้อื่น ดังนั้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะนี้ โดยมีวัตถุประสงค์สำคัญเพื่อบรรเทาอาการของโรคและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยให้มีความหมาย มักจะเกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพสบาย การตอบสนองความต้องการดูแลของ การจัดการกับอาการปวดและอาการรบกวนอื่น ๆ การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย และการเคารพในความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย

ซึ่งการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านเป็นการดูแลที่มีความซับซ้อน ผู้ดูแลในครอบครัวมีความต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนในการดูแลทั้งด้านความรู้ คำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ และการช่วยเหลือดูแลจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวในระหว่างการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน โดยการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ หากผู้ดูแลในครอบครัวไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพการดูแลที่บ้านอย่างเพียงพอและเหมาะสมแล้ว จะทำให้คุณภาพในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านลดลง และยังส่งผลต่อทั้งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวลดลงอีกด้วย

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เน้นประเด็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน รวมถึงกลวิธีที่ผู้ดูแลในครอบครัวใช้ในการดูแลผู้ป่วย และการแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความเป็นจริงที่ผู้ดูแลในครอบครัวประสบขณะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผ่านวิธีการบอกเล่าเรื่องราวจากประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลในครอบครัวจะทำให้เกิดองค์ความรู้และได้ข้อมูลพื้นฐานที่มีประโยชน์สำหรับพัฒนาระบบการพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านได้อย่างครอบคลุม

### วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว  
ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

เป็นผู้ดูแลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้การดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 1 เดือนขึ้นไป ไม่ได้รับคำตอบแทนใดๆ จากการดูแล

ท่านไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้หากท่านมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

ท่านรู้สึกไม่สุขสบายใจในการให้ข้อมูลกับผู้วิจัย  
จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใด และมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร  
โครงการวิจัยนี้จะดำเนินการที่หน่วยมะเร็งวิทยา หรือหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราชินี โดยมีผู้ให้ข้อมูลประมาณ 6-20 คน  
ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัยและจำนวนครั้งดังนี้

ท่านจะถูกสัมภาษณ์เชิงลึกโดยใช้เวลาครั้งละประมาณ 40-60 นาที ประมาณ 2-4 ครั้ง  
หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอน



**ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้**

จะไม่มีมีการเปิดเผย ชื่อ-นามสกุล ของท่านทั้งสิ้น แต่จะนำผลการวิจัยเสนอออกมาเป็นภาพรวมโดยที่ไม่สามารถระบุตัวผู้ให้ข้อมูลได้

**ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วได้หรือไม่**

การเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยท่านสามารถแจ้งต่อผู้วิจัยด้วยวาจา หรือทำจดหมายแจ้งความจำนงค์ขอถอนตัวส่งถึงผู้วิจัย โดยไม่มีผลต่อบริการสุขภาพที่พึงได้รับจากเจ้าหน้าที่สุขภาพ

**หมายเหตุ :** ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกันกับที่นักวิจัยเก็บไว้ และได้ลงลายมือชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้ให้คำอธิบายเพื่อขอความร่วมมือให้เข้าร่วมโครงการวิจัย และวันที่ที่ลงชื่อเก็บไว้เป็นส่วนตัว 1 ชุด



**หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยได้รับการบอกกล่าวและเต็มใจ (อายุตั้งแต่ ๑๘ ปีขึ้นไป)**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า.....อายุ.....ปี อาศัยอยู่บ้านเลขที่.....  
 ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....  
 จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

ขอแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว โดยข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและจุดมุ่งหมายในการทำวิจัยรายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับของการวิจัยและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตรายขึ้น ค่าตอบแทนที่จะได้รับ ค่าใช้จ่ายที่ข้าพเจ้าจะต้องรับผิดชอบจ่ายเอง โดยได้อ่านข้อความที่มีรายละเอียดอยู่ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากหัวหน้าโครงการวิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว โดยที่ไม่มีสิ่งใดปิดบังซ่อนเร้น

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ :

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัย และสามารถถอนตัวหรืองดเข้าร่วมการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยจะไม่มีผลกระทบต่อค่าบริการและการรักษาพยาบาลที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต และยินยอมให้ผู้วิจัยใช้ข้อมูลส่วนตัวที่ได้รับจากการวิจัย แต่จะไม่เผยแพร่ต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล โดยจะนำเสนอเป็นข้อมูลโดยรวมจากการวิจัยเท่านั้น

หากมีอาการผิดปกติ รู้สึกไม่สบายกาย หรือมีผลกระทบต่องิตใจของข้าพเจ้าเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย ข้าพเจ้าจะแจ้งผู้วิจัยโดยเร็วที่สุด

หากข้าพเจ้ามีข้อข้องใจเกี่ยวกับขั้นตอนของการวิจัย หรือหากเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์จากการวิจัยขึ้นกับข้าพเจ้า ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับ นายกัมพล อินทรทะกุล ที่เบอร์ 0626424664 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หากข้าพเจ้า ได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าจะสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนหรือผู้แทน ได้ที่สำนักงานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช หมายเลขโทรศัพท์ ๐-๒๒๔๔-๓๘๔๓ ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และหนังสือแสดงเจตนายินยอมนี้โดยตลอดแล้ว จึงลงลายมือชื่อไว้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมการวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....ผู้ให้ข้อมูลและขอความยินยอม/หัวหน้าโครงการวิจัย/วันที่.....

(.....)

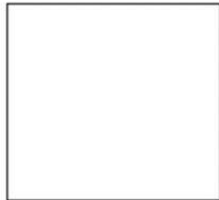
ในกรณีผู้เข้าร่วมการวิจัยไม่สามารถอ่านหนังสือได้ผู้ให้อ่านข้อความทั้งหมดแทนผู้เข้าร่วมวิจัยคือ.....จึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นพยาน

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

PI 08-ICF\_Soc\_18

ข้าพเจ้าไม่สามารถอ่าน เขียนหนังสือได้แต่มีผู้อ่านข้อความในแบบคำยินยอมนี้ให้แก่ข้าพเจ้าฟังจนเข้าใจดี ข้าพเจ้าจึงพิมพ์  
ลายนิ้วมือขวาของข้าพเจ้าในแบบคำยินยอมนี้ด้วยความเต็มใจ



พิมพ์ลายนิ้วมือขวา

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

ลงชื่อ.....พยาน/วันที่.....

(.....)

ของ นาย / นาง / นางสาว.....(ผู้เข้าร่วมวิจัย)



ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๐๖๔๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๒๖ พฤษภาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริพยาบาล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกัมพล อินทรทะกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และ อาจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้นิสิตดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ในผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน ๖-๒๐ คน โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ และบันทึกภาคสนาม ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งนี้ นิสิตจะประสานงานเรื่อง วัน และเวลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยอีกครั้งหนึ่ง

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุเคราะห์ให้ นายกัมพล อินทรทะกุล ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ชื่อนิสิต

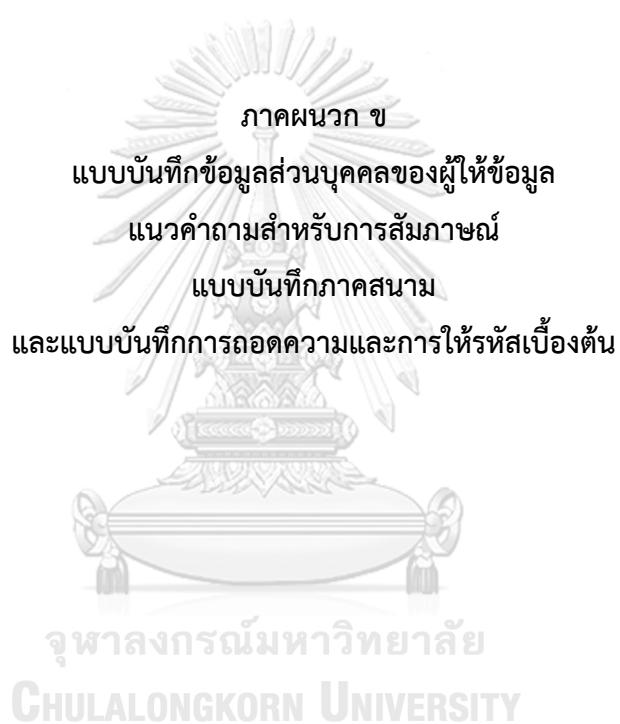
หัวหน้าหน่วยมะเร็งวิทยา และหัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็ง ๖A

โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๕๖

นายกัมพล อินทรทะกุล โทร. ๐๖-๒๖๔๒-๔๖๖๔



## แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูล

หมายเลขรหัสผู้ให้ข้อมูล.....

ชื่อเรื่อง (ภาษาไทย) : ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว

(ภาษาอังกฤษ) : EXPERIENCES OF CARING FOR PATIENTS WITH ADVANCED CANCER AT HOME OF FAMILY CAREGIVERS

### ข้อมูลภูมิหลังของผู้ให้ข้อมูล

วันที่สัมภาษณ์.....ครั้งที่สัมภาษณ์.....

เริ่มสัมภาษณ์เวลา.....สิ้นสุดการสัมภาษณ์เวลา.....

ระยะเวลาที่ใช้สัมภาษณ์.....สถานที่สัมภาษณ์.....

1. อายุ.....ปี
2. เพศ  ชาย  หญิง
3. ศาสนา  พุทธ  คริสต์  อิสลาม  อื่นๆ.....
4. ระดับการศึกษา.....
5. อาชีพ.....
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว.....บาท/เดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย.....
8. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....
9. ระยะเวลาในการดูแล.....เดือน
10. ผู้ป่วยที่ดูแลได้รับวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็ง.....

## แนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์

แนวคำถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้กำหนดจากวัตถุประสงค์และแนวคิดของการดำเนินการวิจัยซึ่งเป็นแนวคำถามอย่างกว้างๆ สามารถปรับได้ตามสถานการณ์หรือข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลในการสัมภาษณ์ โดยประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ได้กำหนดไว้ดังนี้

### 1 ขั้นเริ่มต้นสนทนา

แนะนำตัวและชี้แจง บอกรวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ และประโยชน์ที่จะได้รับ ผู้วิจัยขอความร่วมมือจากผู้ให้ข้อมูล ด้วยวาจาและขออนุญาตบันทึกเสียงในระหว่างการสัมภาษณ์ ทั้งนี้จะรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล แต่จะกำหนดเป็นรหัสที่ไม่สามารถระบุได้ว่าผู้ให้ข้อมูลคือใคร ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์จะนำไปใช้เพื่อการศึกษาทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

โดยเริ่มจากแนวคำถามเป็นการสอบถามเกี่ยวกับสถานภาพปัจจุบันของคนในครอบครัว บทบาทหน้าที่ของสมาชิกในบ้าน โดยมีแนวคำถามดังต่อไปนี้

1. ในครอบครัวอยู่ด้วยกันทั้งหมดกี่คน
2. คุณเคยเห็นการดูแลกันภายในครอบครัวมาจากที่ไหนบ้าง
  - 2.1 หากไม่เคย คุณคิดว่าการดูแลควรเป็นอย่างไรบ้าง
  - 2.2 หากเคย คุณเห็นเขาให้การดูแลอย่างไร

### 2 ขั้นเข้าสู่ประเด็นการสัมภาษณ์

เป็นแนวคำถามที่เกี่ยวข้องกับจุดเริ่มต้นของการที่ผู้ดูแลเข้ามารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม เพื่อนำไปสู่คำถามหลักเพื่อเจาะลึกในประเด็นสำคัญกับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ โดยมีแนวคำถามดังนี้

#### 2.1 คำถามเกริ่นนำ

1. คุณเริ่มมาดูแลผู้ป่วยเมื่อไร
2. เพราะอะไรคุณถึงรับหน้าที่หลักในการดูแล

#### 2.2 คำถามหลัก

ผู้วิจัยได้เตรียมแนวคำถามที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกไว้ หากอยู่ในขณะสัมภาษณ์เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ต่อบวัตถุประสงค์อาจมีการปรับเปลี่ยนข้อคำถามให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมไว้ว่าจะมีการใช้ถาม หรือไม่มีการใช้ถามขึ้นอยู่กับความรื่นไหลของข้อมูล และ สถานการณ์ในขณะนั้น ดังนี้

1. กรุณาเล่าประสบการณ์ที่ผ่านมาของท่านเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขณะอยู่ที่บ้าน
2. ขณะให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน ท่านต้องพบเจอกับอะไรบ้าง
3. ช่วยบอกความรู้สึกของท่านที่ได้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามขณะอยู่ที่บ้าน

ซึ่งผู้วิจัยมีการปรับหรือการสร้างแนวคำถามเพิ่มเติมตามเรื่องราวที่เกิดขึ้นขณะสัมภาษณ์โดยอาศัยเทคนิคการทวนความ การสะท้อนความคิด การบอกให้เล่าเพิ่มเติมในประเด็นที่น่าสนใจเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ถ่ายทอดประสบการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้งและชัดเจนครอบคลุมตามวัตถุประสงค์การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พิจารณาทิศทางของข้อมูลและความรู้ใหม่ในขณะที่ผู้ให้ข้อมูลกำลังถ่ายทอดประสบการณ์ โดยผู้วิจัยใช้วิธีการ Probe ดังเช่น

ท่านช่วยอธิบายให้ฟังเกี่ยวกับ... ท่านช่วยยกตัวอย่างเกี่ยวกับ... หลังจากนั้นท่านทำอย่างไร... แล้วเกิดอะไรขึ้นต่อจากนั้น... แล้วท่านตัดสินใจอย่างไรต่อไป... เพราะเหตุใดถึงคิด...เช่นนั้นครับ (รู้สึกอย่างนั้น) มีอะไรอีกบ้าง...ไหมครับที่เกิดขึ้นและได้เรียนรู้จากการดูแลครั้งนี้ ที่เล่า... ช่วยอธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับ...อย่างไรครับ(ประเด็นที่ต้องการ)

### 3 ขั้นตอนการสนทนา

เมื่อเห็นว่าได้เวลาที่เหมาะสมตามที่ได้ตกลงกันไว้ผู้วิจัยจะค่อยๆเปลี่ยนเรื่องสนทนาเป็นเรื่องทั่วไป เพื่อปรับอารมณ์ความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลให้ผ่อนคลาย สอบถามถึงข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูลหลักยังไม่ได้กล่าวถึงและต้องการเล่าให้ผู้วิจัยฟังเพิ่มเติม โดยมีแนวคำถามดังนี้

1. คุณมีอะไรที่อยากจะเล่าเพิ่มเติมเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลในครั้งนี้ อีกหรือไม่
2. มีอะไรอยากซักถามเพิ่มเติมหรือไม่

จากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ให้ข้อมูลที่สละเวลาและให้ความร่วมมือในการตอบข้อซักถาม ตลอดจนได้เล่าถึงประสบการณ์ชีวิตของตนในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้าน โดยถ่ายทอดมาจากประสบการณ์จริง ซึ่งการสัมภาษณ์ครั้งนี้เป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการศึกษาค้นคว้าเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านรายอื่นๆต่อไป และขออนุญาตในการกลับมาหาผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจากกระบวนการวิเคราะห์ของผู้วิจัย และผู้วิจัยจะกลับมาสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลซ้ำหากข้อมูลที่ได้ยังไม่ครบสมบูรณ์






### แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่.....วันที่...../...../.....เริ่มเวลา.....น. ถึง เวลา.....น.

สถานที่.....

บรรทัด	ข้อความ	การถอดรหัส
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

ภาคผนวก ค

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมะเร็งและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย  
ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์  
การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยผู้ให้ข้อมูล  
ตัวอย่างรูปแบบการประเมินความน่าเชื่อถือได้ของผลการวิจัยจากผู้ทรงคุณวุฒิ  
และวิธีการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดโรคโควิด 19

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยมะเร็ง

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักเป็นรายบุคคล ผู้วิจัยได้ใช้รหัสแทนตัวผู้ให้ข้อมูลหลักแต่ละรายจำนวน 13 ราย เป็น ID1-ID13 และใช้รหัสแทนผู้ป่วยจำนวน 13 รายเป็น คุณ 1-13 ซึ่ง สามารถสรุปลักษณะผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแต่ละรายได้ดังนี้

**คุณ ID 1** ผู้ให้ข้อมูลเป็นเพศหญิง อายุ 48 ปี เป็นโสดและเป็นอาของผู้ป่วย นักร้องอาชีพ ระดับการศึกษา ม.3 ประกอบอาชีพแม่ค้าขายขนมปังและร้อยพวงมาลัยส่ง รายได้เฉลี่ยของครอบครัวประมาณ 20,000 บาท/เดือน สมาชิกในครอบครัวมี 2 คน คือผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย ผู้ป่วยมีพ่อแต่เสียชีวิตแล้ว ส่วนแม่ไม่ได้ดูแลกันตั้งแต่ผู้ป่วยอายุได้ 2 เดือน มีญาติพี่น้องแต่เขามีครอบครัวกัน จึงไม่ได้มาสนใจดูแล ทำให้ผู้ให้ข้อมูลรับหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเองทั้งหมดมาตั้งแต่ผู้ป่วยอายุ 2 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าอาศัยอยู่ทาวน์โฮมมี 2 ชั้นเป็นของตัวเอง ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นล่าง ดูแลผู้ป่วยมาประมาณ 5 เดือนกว่าหลังจากทราบว่าเป็นมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ให้ข้อมูลพบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลที่เพิ่มขึ้น จึงต้องหาอาชีพเสริมเพื่อให้มีเงินมาซื้อนม ยาและค่าใช้จ่ายอื่นๆให้ผู้ป่วย รวมถึงค่ารถที่ใช้มาหาหมอแต่ละครั้งซึ่งจะมาหาหมอบ่อยและถ้าหากเฉลี่ยออกมาต่อเดือนจะอยู่ที่ประมาณ 2 -3 ครั้งต่อเดือนสำหรับ 1 โรงพยาบาลและยังมีโรงพยาบาลอื่นที่รักษาโรคประจำตัวอีก ด้วยนิสัยเดิมของผู้ให้ข้อมูลเป็นคนอารมณ์ดีจึงมีเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือและให้กำลังใจตลอดช่วยให้ประคองผู้ให้ข้อมูลสามารถดูแลผู้ป่วยรอดจนครบเดือนได้ แบบเดือนชนเดือนได้ ผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเองทุกอย่างทำให้มีหน้าที่ในการดูแลหลายอย่างส่งผลให้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้เหนื่อยจากการพักผ่อนน้อย ทำงานหลายอย่าง แต่ไม่มีความคิดที่จะทอดทิ้งผู้ป่วยเนื่องจากให้การดูแลด้วยความรัก ห่วงหาอาหาร และช่วยเหลือที่มีให้กับผู้ป่วยผูกพันกันมานานตั้งผู้ป่วยอายุได้ 2 เดือน

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 1** เพศชาย อายุ 43 ปี เป็นโสดไม่มีครอบครัว นักร้องอาชีพ ระดับการศึกษา ปวส. ป่วยเป็นมะเร็งกระเพาะปัสสาวะระยะลุกลาม อาการเริ่มแรกพบมีปัสสาวะ เป็นเลือด มีแสบขัด มีริษาคด้วยยาเคมีบำบัดหากครบคลอสจะมีรักษาด้วยรังสีรักษาต่อผู้ป่วยเดิมที่เป็น old CVA มีอ่อนแรงทางด้านขวา ส่วนด้านขวาพอช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ป่วยตัวใหญ่ แต่ผู้ดูแลตัวเล็กกว่าจึงใช้วิธีการดูแลช่วยเหลือทำกิจกรรมต่างๆ บนเตียงทั้งหมด ทั้งการเช็ดตัว อูจจาและปัสสาวะจะใส่แอมเฟส ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตอนนี้มีผลกดทับบริเวณซี่ข้างด้านขวามีแผลถลอกกว้างขนาดประมาณเหรียญสิบเนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยพลิกตะแคงตัว จะชอบนอนอยู่ท่าเดิมนานๆ และบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยต้องอยู่บ้านเพียงคนเดียวถ้าพึ่งเนื่องผู้ให้ข้อมูลไปทำงาน ปัจจุบันอีกข้อของการเกิดแผลกดทับมาจากผู้ป่วยนอนแช่ปัสสาวะทำให้กัดเนื้อและเกิดแผลขึ้นมาได้ ตอนนี้มีทำแผลเข้าเย็บ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะนอนติดเตียงอยู่บ้านไม่ได้ไปไหน ไม่ค่อยที่จะพูดหรือบอกความรู้สึกตัวเองออกมาตรงๆ ติดโทรศัพท์มือถือ และมักจะมีเพื่อนมาเยี่ยมให้กำลังใจเป็นระยะๆ

**คุณ ID 2** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 55 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นักร้องอาชีพ ระดับการศึกษา ม.3 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป รายได้เฉลี่ยของครอบครัวอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาทมีจำนวนสมาชิกในครอบครัวอยู่ด้วยกันตอนนี้ 2 ราย ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามมาแล้วประมาณ 6 เดือนกว่า เดิมปกติอยู่ด้วยกันแต่พอป่วยเป็นมะเร็งผู้ให้ข้อมูล ID 2 บอกว่ามีการดูแลที่เพิ่มขึ้นเนื่องจากผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล ID 2 จะเป็นผู้ดูแลหลักให้การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียวทำให้พักผ่อนน้อย น้อยหลับพักผ่อนไม่เป็นเวลา

และความเครียดตามมาจากการให้การดูแลเมื่ออยู่ที่บ้าน เป็นบ้านของตนเองลักษณะบ้านเดี่ยวสองชั้น รอบบ้านมีพื้นที่ล้อมรอบแต่ต่างคนต่างอยู่ไม่ค่อยมีมาเยี่ยมเพราะเนื่องจากสถานการณ์โรคระบาดโควิด 19 แต่หากมีเหตุการณ์ฉุกเฉินก็สามารถที่จะเรียกพี่น้องที่อาศัยอยู่ในระแวกบ้านเดียวกันมาช่วยเหลือได้

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 2** เพศชาย อายุ 69 ปี สถานภาพสมรส นับถือศาสนาพุทธป่วยเป็นมะเร็งตับในระยะลุกลาม มีท้องโตขึ้น ขาสองข้างบวมเล็กน้อย อ่อนเพลีย เจ็บช่องปากมีทานอาหารได้น้อย ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง มีรักษาด้วยยาเคมีบำบัดร่วมกับรังสีรักษา เมื่อเริ่มช่วยเหลือตัวเองได้ลดลงส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ มีหงุดหงิดง่ายขึ้น ไม่อยากดูแลตนเอง ไม่อยากทานอาหารซึ่งเป็นผลกระทบมาจากความเจ็บด้วยโรคมะเร็ง บางครั้งเมื่อช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงส่งผลให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงความมีคุณค่าในตนเองลดลง และผู้ให้ข้อมูลเล่าต่อว่าผู้ป่วยมักเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admission) อยู่บ่อยครั้งเนื่องจากมีไข้สูงหนาวสั่น มีการติดเชื้อในกระแสเลือด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยมักชอบอยู่แต่บ้านกับผู้ให้ข้อมูล มีเก็บตัวมากขึ้นไม่อยากออกไปพบปะหรือติดต่อกับญาติพี่น้องของตนเอง รวมถึงส่งข่าวการเจ็บป่วยของตนเองให้ญาติพี่น้องรับทราบด้วย

**คุณ ID 3** ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 57 ปี สถานภาพสมรส เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาชั้น ม.3 ไม่ได้ประกอบอาชีพมีรายได้จากบุตรส่งให้ใช้ เดือนละประมาณ 15,000 บาท อาศัยอยู่บ้านกับผู้ป่วย 2 คน ลูกจะแวะเวียนมาเยี่ยมช่วงวันหยุดช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลได้มีเวลาส่วนตัวในช่วงที่ลูกมาช่วยดูแล ระยะเวลาในการดูแลประมาณ 2 ปี ผู้ให้ข้อมูล ID 3 บอกว่าตนเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุดกว่าคนอื่นเมื่ออยู่ที่บ้านของตนเองเป็นลักษณะบ้านเดี่ยวชั้นเดียวใต้ถุนสูงแบบบ้านโบราณระแวกบ้านล้อมรอบด้วยบ้านของญาติพี่น้อง 6-7 หลัง มักจะแวะเวียนมาเยี่ยมนำของมาฝากและให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่เสมอทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจดี ผู้ให้ข้อมูลจะพูดจงดุดากว่าต้องทำให้ดีที่สุด ทำด้วยความรักที่มีต่อภรรยาส่งผลให้รูปแบบการดูแลของผู้ให้ข้อมูลจะเป็นในลักษณะของความใส่ใจรายละเอียด ใช้ความจำและการสังเกตเรียนรู้ว่าสิ่งไหนดีหรือไม่ดี มีการสอบถามประเมินผลการให้การดูแลจากผู้ป่วยอยู่เสมอว่าโอเคหรือป่าว หากไม่โอเคจะได้ทำการปรับปรุงให้ดีขึ้นและคิดหาวิธีต่างๆมาดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 3** เพศหญิง อายุ 62 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นมะเร็งลำไส้ในระยะลุกลาม มีถุงทวารเทียมทางหน้าท้องอยู่ด้านขวา (Colostomy bag) และมีถุงปัสสาวะเทียมทางหน้าท้องอยู่ด้านซ้าย (Urostomy bag) ได้รับการรักษาเป็นแบบให้ยาเคมีบำบัด ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่องสามารถช่วยเหลือตัวเองได้แต่ไม่เต็มแรง ไม่มีภาวะติดเตียง มักจะทานอาหารได้น้อย มีอ่อนเพลียบ้าง ผู้ป่วยมีความหวังว่าอยากกลับไปทำงานและเดินได้ดีแบบเมื่อก่อนที่ยังไม่ป่วย จึงได้รับการกระตุ้นให้ฝึกเดินในบ้านอยู่เป็นระยะ เรื่องหน้าที่ต่างๆในบ้าน เช่น การทำความสะอาดบ้าน ผ้าปูที่นอนปลอกหมอน การทำอาหาร การล้างจาน เป็นต้น รวมถึงหน้าที่เกี่ยวกับการดูแล เช่น การจัดยาทาน การฉีดยา การดูแลถุงทวารเทียม เป็นต้น ผู้ป่วยไม่ได้รับผิดชอบจะเป็นผู้ให้ข้อมูลรับผิดชอบแทนทั้งหมด ส่วนเรื่องเงินและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นทั้งหมดภายในครอบครัวจะได้รับการช่วยเหลือจากลูกทั้ง 3 คนส่งให้ใช้ทุกเดือน บางครั้งผู้ป่วยมีบ่นท้อไม่อยากสู้แต่ได้รับกำลังใจดีดีจากครอบครัวจนมีพลังกลับมาสู้ให้มีชีวิตอยู่เพื่อครอบครัว

**คุณ ID 4** ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 70 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี เป็นข้าราชการตำรวจเกษียณ รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 100,000 บาท อยู่บ้านเดี่ยวสองชั้นสมาชิกในครอบครัว 3 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลและบุตรชายของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยประมาณ 36 เดือน ผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวความดัน เบาหวาน ทานยาอยู่เป็นประจำและออกกำลังกายสม่ำเสมอสามารถควบคุมโรคประจำตัวได้ ผู้ให้ข้อมูล ID 4 เล่าว่าในการดูแลได้ลูกชายมาช่วยแบ่งเบาทำให้มีเวลาว่างที่เป็นส่วนตัว ได้ไปเที่ยวกับเพื่อนนอกบ้าน มีเวลาพักผ่อนมากขึ้น จะเน้นการดูแลที่ให้ผู้ป่วยสบายใจไม่เครียด ค้นหาข้อมูลความรู้จากการช้กถามแพทย์และพยาบาลนำมาปฏิบัติตาม การร่วมกันดูแลผู้ป่วยนั้นคนในครอบครัวมีมุมมองว่าเป็นหน้าที่ร่วมกันของทุกคน ช่วยให้อุปสรรคของคนที่ไม่ได้อยู่บ้านเดียวกันได้แบ่งเบาภาระเรื่องเงินที่ใช้ในการดูแลทุกเดือน เป็น ค่ารถพาผู้ป่วยไปหาหมอ ค่ายา ค่าอาหารเสริม และมักจะแวะเวียนมาเยี่ยมให้กำลังใจอยู่เสมอ

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 4** เพศหญิง อายุ 71 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นมะเร็งเต้านมระยะลุกลาม เป็นข้าราชการครูเกษียณ ผู้ป่วยมี BMI 25.33 อยู่ในเกณฑ์อ้วน เดินช่วยเหลือตัวเองไม่คล่องตัวมีไม้เท้า 3 ขาช่วยพยุงเดิน เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจึงดูแลให้นั่งรถเข็น อยู่บ้านผู้ให้ข้อมูลดูแลทั้งงานบ้าน อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ของผู้ป่วยเองทั้งหมด ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่มีอาการอ่อนเพลีย มีภาวะซีดอยู่บ่อยครั้ง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าถึงผู้ป่วยอ่อนเพลียแต่ก็พยายามที่จะช่วยเหลือตัวเอง เพราะการที่ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตัวเองจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึถึงความสูญเสียคุณค่าแห่งตนไป จึงได้พยายามเดินเข้าห้องน้ำด้วยตนเองหากพอมีแรงและเป็นการออกกำลังกายไปในตัว ผู้ป่วยมักจะมา เพื่อนร่วมงาน ลูกศิษย์แวะมาเยี่ยมเยียนให้กำลังใจอยู่บ่อยทำให้ผู้ป่วยกำลังใจดี มีแรงสู้กับผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา

**คุณ ID 5** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 50 ปี เป็นบุตรสาวของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาม.3 ประกอบอาชีพแม่ค้า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 50,000 บาท ที่บ้านเป็นบ้านเดี่ยวชั้นเดียวติดถนน ด้านหน้าบ้านเปิดเป็นร้านขายของชำสมาชิกในครอบครัว 4 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล บุตรสาวและสามีของผู้ให้ข้อมูล ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 3 เดือน ผู้ให้ข้อมูลมีโรคประจำตัวเป็นความดัน เบาหวานและโรคไขมันในเส้นเลือด ทานยาประจำแต่ยังไม่สามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ไม่คงที่เนื่องจากพักผ่อนน้อย ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนเองชอบนอนดึกจนติดเป็นนิสัยแล้ว ผู้ให้ข้อมูลจะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นหลักและมีลูกสาวคอยดูแลในเรื่องอาหาร เป็นต้น สำหรับการดูแลนั้นผู้ให้ข้อมูลมีความเชื่อในเรื่องของความกตัญญูต่อแม่คือผู้มีพระคุณ จะให้การดูแลทำความสะอาด อาหารให้ทานที่ดีที่อยากทาน ดูแลผู้ป่วยให้ดีที่สุด ให้เหมือนที่ได้เลี้ยงผู้ให้ข้อมูลมา ในครอบครัวนี้จะได้รับการช่วยเหลือจากสังคมาอุปชาง เช่น วัด คนในชุมชน มามีส่วนร่วมในการดูแล

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 5** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 79 ปี นับถือศาสนาพุทธ เป็นมะเร็งลำไส้ในระยะลุกลาม พุดคุยมีสับสนเป็นบางครั้ง ดูแลช่วยเหลือทำความสะอาด อาบน้ำ อูจจาและปัสสาวะให้ทั้งหมดบนเตียง ขาไม่มีแรงเดิน แขนทั้งสองข้างพอยีบจับอาหารเข้าปากได้บ้าง ชอบตื่นร้องเวลากลางคืน ส่วนใหญ่เวลากลางวันจะหลับ มีภาวะหลงลืม บางครั้งก็จำชื่อผู้ให้ข้อมูลไม่ได้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดประคับประคองเพื่อไม่ให้มะเร็งมีการลุกลามไม่มากจากเดิม เมื่อกลับบ้านไปจะทานอาหารได้น้อยลง อ่อนเพลียนอนทั้งกลางวันและกลางคืนต้อง

ปลุกให้มาทานข้าว และบางครั้งก็ไม่สามารถบอกความต้องการของตนเองได้ต้องอาศัยประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลจึงสามารถรับรู้ความต้องการของผู้ป่วย สำหรับการดูแลในเรื่องการพามาพบแพทย์ตามนัดที่โรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ร่วมกันดูแลของลูกชายผู้ป่วยที่อยู่บ้านอีกหลัง และมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ให้ข้อมูลด้วย

**คุณ ID 6** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 39 ปี สถานภาพโสด เป็นบุตรของผู้ป่วย นักร้องอาชีพ จบการศึกษาระดับปริญญาโท และประกอบอาชีพเป็นผู้จัดการและเลขา รายได้เฉลี่ยต่อเดือนประมาณ 150,000 บาท สมาชิกในครอบครัวมี 3 คนประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล และสามีของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 4 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงลักษณะบ้านเป็นบ้านเดี่ยวสองชั้นของตนเอง แหล่งความรู้ที่นำมาใช้ในการดูแลส่วนใหญ่มาจากการสืบค้นด้วยตนเองผ่านทางอินเทอร์เน็ตในเว็บไซต์ที่มีความน่าเชื่อถือ สอบถามจากแพทย์และพยาบาล และการสอบถามประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจากญาติพี่น้องที่มารอตรวจและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาแล้ว ผู้ให้ข้อมูลเมื่อต้องรับบทบาทของการเป็นผู้ดูแลได้บอกว่าตนเหมือนมีหน้าที่สำคัญเพิ่มมาอีกหนึ่งอย่างทำให้เหนื่อยมากขึ้นแต่ไม่สามารถที่จะบอกผู้ป่วยได้เพราะว่ากลัวว่าเมื่อทราบแล้วผู้ป่วยจะคิดมากและเครียดจึงไม่พูดคุยเรื่องงานของตนเองให้ผู้ป่วยทราบเลย

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 6** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปี นักร้องอาชีพ เป็นมะเร็งปอดในระยะลุกลาม ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงข้อมูลของผู้ป่วยว่า เดิมผู้ป่วยดูแลตัวเองดีมากและไม่เคยเข้าโรงพยาบาลมา 39 ปีแล้ว เข้าโรงพยาบาลล่าสุดตอนคลอดผู้ให้ข้อมูลแต่เมื่อตรวจสุขภาพประจำปีแล้วพบว่าปอดอักเสบทำให้เสียใจมากแบบขาดสติ ร้องไห้ ได้กำลังใจจากคนในครอบครัวจึงช่วยให้ผ่านช่วงที่เสียใจมาได้ ผู้ป่วยจึงรีบเข้ารับการรักษาเพื่อหวังว่าจะมีโอกาสหายจากโรคมะเร็งจึงได้แจ้งแพทย์เจ้าของไข้ว่ายาเคมีบำบัดอะไรที่ดีจะต้องจ่ายก็บาททางครอบครัวก็พร้อมที่จะจ่าย ผู้ป่วยมีดูแลตนเองดีหลังรับการรักษา ได้รับกำลังใจอย่างเต็มเปี่ยมจากญาติพี่น้อง แต่ผู้ป่วยยังไม่สามารถอยู่เพียงลำพังได้เพราะจะชอบคิดมาก กลัวตายและชอบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาจนมากเกินความจำเป็นและทำให้คิดมากส่งผลให้นอนไม่หลับ เครียด บ่อยครั้งจนผู้ให้ข้อมูลต้องสลับกันประกบสามีของผู้ป่วย อยู่เป็นเพื่อน ฝึมองดูว่าทำอะไรอยู่ ชวนพูดคุยเพื่อให้ผ่อนคลายลง

**คุณ ID 7** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 45 ปี เป็นมารดาของผู้ป่วย นักร้องอาชีพ จบการศึกษา ม.6 ประกอบอาชีพช่างทำผม รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 50,000 บาท สมาชิกในครอบครัวมี 3 รายประกอบด้วย ผู้ให้ข้อมูล ผู้ป่วย และน้องสาวของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 60 เดือน ผู้ให้ข้อมูลรายนี้มีความเชื่อในเรื่องของกรรมที่ติดตัวมาในอดีตชาติ เชื่อว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรครกรรมที่รักษาไม่หายเกิดมาในภพชาตินี้เพื่อชดใช้กรรมของอดีตชาติให้หมดไป มีความเชื่อเรื่องของสัมพันธที่สามซึ่งเป็นความเชื่อส่วนบุคคลมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยคือผู้ให้ข้อมูลจะสอนให้ผู้ป่วยเชื่อว่ากรรมที่ติดตัวมาต้องใช้ให้เจ้ากรรมนายเวรให้หมดไปชาตินี้แล้วชาติหน้าเกิดมาเป็นแม่ลูกกันอีกจะได้ไม่ต้องมาเจ็บป่วยอีก จึงทำให้ครอบครัวนี้ไม่ทานเนื้อสัตว์และสวดมนต์ไหว้พระ เคารพในพ่อปู่ เป็นที่พึ่งทางจิตใจของครอบครัว ผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่ในสังคมเพื่อนบ้านที่มีความเชื่อเหมือนกันก็จะได้รับกำลังใจจากเพื่อนบ้านเสมอ

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 7** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 25 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ BMI 14.1 อยู่ในเกณฑ์ผอมมากป่วยเป็นมะเร็งสมองมีก้อนที่เมดัลลาในระยะลุกลามไปอวัยวะส่วนต่างๆของร่างกาย ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ ผู้ป่วยมักจะทานอาหารได้น้อย มีอ่อนเพลีย และมักมีอาการนอนไม่หลับบ่อยครั้ง แต่ด้วยมีการเจ็บป่วยมาเกือบ 5 ปีแล้วผู้ป่วยจึงได้มีการปรับตัวกับการเจ็บป่วยสามารถรับมือได้เมื่อมีอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น อาการชาตามปลายมือปลายเท้าผู้ป่วยก็จะมีสติดูแลให้ความอบอุ่นและมีความเข้าใจว่าอาการเหล่านี้จะไม่อยู่ถาวรหากรักษาด้วยเคมีบำบัดครบแล้วก็จะมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยรายนี้เคยพยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จน้องสาวมาเห็นก่อนเนื่องจากผู้ป่วยรับรู้ว่ตนเองนั้นเป็นภาระให้ครอบครัวต้องมาเหนื่อยเพราะตน เมื่อมีเหตุการณ์แบบนี้เกิดขึ้นครอบครัวจึงได้พยายามดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองเท่าที่ตัวเองจะไหว ไม่ให้ฝืนซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับมารู้สึกว่าตนเองก็สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างและมีคุณค่าอีกครั้ง

**คุณ ID 8** ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 26 ปี เป็นบุตรของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาวส. ประกอบอาชีพหัวหน้าคนงานก่อสร้าง รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 30,000 บาท สมาชิกในครอบครัวมี 3 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูลและสามีของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยมาประมาณ 24 เดือน ลักษณะที่พ้กเป็นแคมป์คนงานก่อสร้าง ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนไม่มีความรู้ที่จะใช้ในการดูแลแต่จะดูแลตามที่ผู้ป่วยบอกให้ทำ เช่น การนวดเมื่อมีความเจ็บปวดจะให้การนวดตามจุดแนวกระดูกกดให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายนำความรู้ที่ใช้ในการดูแลมาจากการสังเกตผู้มีประสบการณ์ แต่จะอาศัยความใส่ใจในการดูแลจะมีการเดินมาดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเมื่อว่างจากงาน และให้การดูแลแบบใกล้ชิดคือเมื่อผู้ป่วยทรมาณจากอาการปวดผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนก็จะไม่ทิ้งผู้ป่วยจะอยู่เคียงข้างจนกว่าอาการปวดจะดีขึ้นแล้วจึงแยกไปพักผ่อน พยายามดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายและมีความสบายใจ ใช้หลักในการดูแลคือไม่ให้ผู้ป่วยเครียด

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 8** เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 40 ปี นั้บถือศาสนาพุทธ ป่วยเป็นมะเร็งปอดระยะลุกลาม ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังว่า คนป่วยเมื่อทราบว่าตนป่วยเป็นมะเร็งก็มักจะถามหาและต้องการกำลังใจมากขึ้น เป็นกำลังใจที่มาจากคนในครอบครัว เช่น หลานที่ฟังคลอได้ 2 เดือน ปู่ย่า ตายายที่อยู่ต่างจังหวัด ส่งกำลังใจผ่านทางโทรศัพท์มือถือให้สู้ ลูกน้อง เพื่อนร่วมงานก่อสร้าง และได้รับการช่วยเหลือจากแม่แก่ซึ่งเป็นเจ้านายให้การช่วยเหลือด้านเงิน ค่ารถไปหาหมอ ค่านมอาหารเสริมต่างๆช่วยแบ่งเบาภาระด้านค่าใช้จ่ายของครอบครัว ผู้ป่วยยังพอช่วยเหลือตัวเองได้จะมีช่วงที่ต้องให้การช่วยเหลือ คือช่วงหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดมาแล้ว มักพบอาการอ่อนเพลียจนลุกเดินไปไหนไม่ไหวต้องนอนอยู่บนเตียง ทานข้าวบนที่นอนและคอยพุงไปห้องน้ำ ถ้าหากพอทานข้าวได้มากขึ้นกำลังในการช่วยเหลือตัวเองก็จะฟื้นกลับมาไวแต่ก็ไม่ได้แข็งแรงมากพอที่จะสามารถกลับไปทำงานก่อสร้างตากแดดแบบเดิมได้

**คุณ ID 9** ผู้ให้ข้อมูลเพศชาย อายุ 43 ปี เป็นสามีของผู้ป่วย นั้บถือศาสนาพุทธ จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพผู้จัดการร้านค้าขนส่งสินค้า รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 32,000 บาท ซึ่งผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว อาศัยอยู่บ้านเช่าด้วยกัน 2 รายคือผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูลดูแลผู้ป่วยมาประมาณ 6 เดือน ผู้ให้ข้อมูลไม่มีบุตรกับผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยกัน 2 คนลักษณะงานของผู้ให้ข้อมูลเป็นแบบกะ ผู้ให้ข้อมูลจะชอบเช้างานกะดึกเพราะว่าสามารถลงเวรแล้วมาดูแลผู้ป่วยต่อได้หากดูแลผู้ป่วยเสร็จก็จะแบ่งเวลาไปพักผ่อนและเตรียมตัวเช้างานกะดึกอีก บางครั้งหากพักผ่อนไม่

เพียงพอผู้ให้ข้อมูลบอกว่าตนเองก็จะเหนื่อยสองเท่าตัว ส่วนในช่วงที่ตนเองไม่อยู่จะอาศัยเพื่อนบ้านคอยเป็นหูเป็นตาดูแลผู้ป่วยให้ หากเกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ก็จะเข้ามาช่วยเหลือและไลน์ไปบอกผู้ให้ข้อมูล มีวันหยุดวันเดียว คือวันอาทิตย์ ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าส่วนใหญ่จะพาผู้ป่วยไปเที่ยวต่างจังหวัด วัด ไปทานข้าวนอกบ้านเพื่อคลายเครียด ไม่ให้หมกมุ่นกับโรคอยู่ที่บ้านมากจนเกินไป

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 9** เป็นผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 50 ปี นับถือศาสนาพุทธ ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ระยะลุกลาม มีถุงทวารเทียมหน้าท้อง (Colostomy bag) ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลให้ทั้งหมด ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ ผู้ให้ข้อมูลเล่าให้ฟังเกี่ยวกับผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมักชอบบ่นให้ฟังเสมอว่าตนเองทำอะไรไม่ได้ไม่เหมือนเมื่อก่อน เป็นภาระของผู้ให้ข้อมูลที่ต้องมาดูแลตนเองซึ่งเป็นเรื่องรู้สึกของความไร้คุณค่า ผู้ให้ข้อมูลจึงพยายามที่จะให้กำลังใจ บอกรักผู้ป่วยอยู่เสมอ ให้เพื่อนบ้านคอยช่วยดูแล และพยายามให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองหากมีแรงมากพอ แต่ส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ทานอาหารได้น้อย น้ำหนักตัวลดลงส่งผลให้ต้องดูแล เช็ดตัวให้ บนเตียงเพราะไม่สามารถปล่อยให้เดินไปเข้าห้องน้ำเองได้จะกลัวหกล้ม ส่วนเรื่องอาหารนั้นผู้ให้ข้อมูลเมื่อเลิกงานก็จะซื้ออาหารเข้ามาให้ผู้ป่วยทาน หรือฝากให้เพื่อนบ้านซื้ออาหารให้ผู้ป่วยทาน กำลังใจของผู้ป่วยจึงเกิดจากการดูแลด้วยความใส่ใจของผู้ให้ข้อมูลและเพื่อนบ้าน

**คุณ ID 10** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 60 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ม.6 ไม่ได้ประกอบอาชีพได้รับเงินช่วยเหลือจากบุตรของผู้ป่วยกับภรรยาเก่าส่งให้ใช้เดือนละประมาณ 30,000 บาท สมาชิกในบ้านมี 2 คน คือผู้ป่วยและผู้ให้ข้อมูล ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 24 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ดูแลงานบ้านทั้งหมดและเรื่องความสะอาดต่างๆของผู้ป่วย เช่น ที่นอน เสื้อผ้า ความสะอาดบ้าน ส่วนเรื่องอาหารจะเป็นผู้ป่วยที่มีเงินไปซื้อมาแล้วมาทานร่วมกันกับผู้ให้ข้อมูล โดยจะให้ผู้ป่วยเป็นคนเลือกซื้อในสิ่งที่อยากทานแต่มีข้อแม้ว่าจะต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาลในเรื่องของการเลือกซื้ออาหาร เรื่องเงินผู้ให้ข้อมูลจะไม่ยุ่งเพราะกลัวมีปัญหา ลูกของผู้ป่วยและตนเองไม่ได้เป็นคนหาเงินด้วย แต่ถ้าอยากได้หรือซื้ออะไรก็จะขอจากผู้ป่วย และจะเป็นคนคอยประสานขอความช่วยเหลือกับลูกของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมไปโรงพยาบาล ให้ลูกของผู้ป่วยโทรมาพูดคุยกับผู้ป่วยเกลี้ยกล่อมให้ไปโรงพยาบาลซึ่งจะเป็นอยู่บ่อยครั้ง

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 10** ผู้ป่วยเพศชาย อายุ 64 ปี นับถือศาสนาพุทธ ไม่ได้ประกอบอาชีพ ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ระยะลุกลามได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่ ผู้ให้ข้อมูลได้เล่าเกี่ยวกับผู้ป่วยว่า มีลักษณะนิสัยที่ดื้อ ไม่ชอบอาบน้ำ สระผม ตัดเล็บ ตัดผมและรักษาความสะอาดซึ่งเป็นสิ่งที่สร้างความไม่สบายใจให้กับผู้ให้ข้อมูลมากเนื่องจากเป็นห่วงผู้ป่วย และผู้ป่วยมักไม่ชอบฟังใครนอกจากลูกสาวของตนคนที่ส่งเงินให้ใช้ รวมถึงการรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยยังชอบทานของหมักดอง ซึ่งเป็นของแสลงที่ห้ามแต่ผู้ป่วยก็ยังชอบทานอยู่ จึงทำให้บางครั้งเกิดการทะเลาะกันขึ้นระหว่างผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วย โดยส่วนมากแล้วผู้ให้ข้อมูลจะเป็นฝ่ายเงียบไม่ตอบโต้ รอให้อารมณ์เย็นลงและจึงมาพูดคุยกันให้บรรยากาศในครอบครัวดีขึ้น หลังได้รับยาเคมีบำบัดแล้วส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลียส่งผลให้ผู้ป่วยชอบนอน และไม่ยอมทำกิจวัตรประจำวันอะไร จากพฤติกรรมที่ดูแข็งกลั้วอ่อนขึ้น ผู้ให้ข้อมูลเกิดความสงสารและทำให้เกิดความเข้าใจกันมากขึ้นกว่าเดิมเมื่อได้ดูแลกัน



**คุณ ID 11** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 45 ปี เบี้ยบุตรของผู้ป่วย นักร้องคานาพุทธ จบการศึกษา ม.6 ประกอบอาชีพเป็นพนักงานกวาดถนนของ กทม. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 30,000 บาท ส่วนใหญ่เป็นเงินรายได้ที่มาจากสามีของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก สมาชิกในบ้านมี 7 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล สามีของผู้ให้ข้อมูล และลูกของผู้ให้ข้อมูลอีก 4 ราย ให้การดูแลผู้ป่วย มาแล้วประมาณ 36 เดือน ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ให้การดูแลผู้ป่วยด้วยความรักจากคำพูดที่ว่า *ถึงตนจะอดแต่ขอให้แม่มีท้อง* ลำพังเงินที่หามาได้ของคนในครอบครัวบางครั้งก็แทบจะไม่เพียงพอกับค่าอาหารเสริมให้ผู้ป่วย หากไม่พอก็จะไปกู้เงินมาเพื่อซื้อของให้ผู้ป่วย และอะไรที่มีคนแนะนำว่าดีผู้ให้ข้อมูลก็จะไปซื้อมาให้ผู้ป่วยหมด และผู้ให้ข้อมูลถึงขั้นลาออกการเป็นลูกจ้างกวาดถนนประจำมาเป็นแบบ ลูกจ้างรายวันเหตุผลเพราะว่าจะเอาเวลาไปดูแลแม่หรือผู้ป่วย จะปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวไม่ได้ เพราะมีอาการหน้ามือบ่อและเคยมีประวัติหกล้มศีรษะฟาดพื้นในห้องน้ำจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลรายนี้ให้ การระวังเป็นพิเศษ

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 11** ผู้ป่วยเพศหญิง อายุ 63 ปี นักร้องคานาพุทธ ไม่ได้ ประกอบอาชีพ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอยู่เมื่อกลับไปอยู่บ้านมักมีอาการหน้ามือเวียนศีรษะ อยู่บ่อยครั้งเป็นนานถึง 1-2 สัปดาห์แล้วอาการถึงจะดีขึ้นจึงไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เต็มที่ มี คนในครอบครัวคอยให้การช่วยเหลือประคองในการเดินเข้าห้องน้ำ เข้านอน ช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการหกล้ม โดยจะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวจนกว่าจะมีอาการดีขึ้น ในเรื่องของอาหาร ผู้ป่วยทานอาหารง่าย มีอะไรก็ทานแต่จะทานได้เพียงครั้งละเล็กน้อย ปริมาณไม่มากเท่าไร ครอบครัว นี้ผู้ป่วยเหมือนเป็นศูนย์กลางของกำลังใจทำให้คนในครอบครัวมักจะมาหาและให้กำลังใจผู้ป่วยให้สู้ ให้หายจากโรค มีเพื่อนบ้านแวะเวียนมาให้กำลังใจอยู่บ่อยครั้ง เมื่อผู้ให้ข้อมูลเห็นว่าผู้ป่วยสดชื่นดีก็จะ ออกไปทำงานรับจ้างหาเงินมาช่วยจนเจือครอบครัว แต่หากผู้ป่วยอาการไม่ดียังมีเวียนศีรษะหน้ามืด อยู่ก็จะไม่ไปทำงานอยู่ดูแลเฝ้าจนกว่าจะมีอาการดีขึ้น

**คุณ ID 12** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 39 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นักร้องคานาพุทธ จบ การศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพเป็นพนักงานบริษัท รายได้เฉลี่ยของครอบครัว 25,000 บาทผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัว 3 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ ข้อมูลและพี่ของผู้ป่วย ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 36 เดือน ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าตนมีการปรับตัว กับการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากมะเร็งมีการลุกลามไปที่จอประสาทตาทำให้ผู้ป่วยตาบอดสองข้าง และหูไม่ สามารถรับฟังเสียงได้ชัดเจนจึงต้องใส่เครื่องช่วยกับรับเสียงที่หูทั้งสองข้าง ผู้ให้ข้อมูลมีการค้นหา ข้อมูลและเรียนรู้วิธีการดูแลจากเว็บไซต์ ได้มีการลองหลับตาและใช้ชีวิตเหมือนคนตาบอดเพื่อให้เกิด ความเข้าใจผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมีการจัดวางของใช้ในบ้านไว้ที่เดิมไม่สลับเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ หยิบใช้ได้ด้วยตนเอง ลักษณะเป็นบ้านเดี่ยวสองชั้นของตนเองแต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะอาศัยอยู่ชั้นล่าง เนื่องจากสะดวกและมีห้องน้ำ

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 12** ผู้ป่วยเพศ อายุ 46 ปี นักร้องคานาพุทธ ได้รับการ รักษาด้วยยาเคมีบำบัด ป่วยเป็นมะเร็งมะเร็งศีรษะและคอในระยะลุกลาม มีการกระจายตัวของมะเร็ง ไปที่จอประสาทตาทำให้ล่าสุดผู้ป่วยตาบอดทั้งสองข้าง และมีการกระจายตัวไปเส้นประสาทการได้ยิน ทำให้หูสองข้างได้ยินเสียงลดน้อยลงจึงต้องใช้เครื่องช่วยฟังเสียงทั้งสองข้าง เดิมผู้ป่วยประกอบอาชีพ ขับวินมอเตอร์ไซด์เป็นเสาหลักของครอบครัว เมื่อป่วยจึงไม่สามารถทำงานได้ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกถึง

ความมีคุณค่าในตนเองลดลงจึงได้พยายามฆ่าตัวตายแต่ไม่สำเร็จ กลัวตายมากยังไม่อยากตาย ผู้ให้ข้อมูลได้พยายามให้กำลังใจบ่อยใช้การกอดผู้ป่วยและพยายามไม่ให้ผู้ป่วยอยู่เพียงลำพัง เดิมผู้ป่วยมีอาการซีโมโหงุดหงิดง่าย แต่พอตามองไม่เห็นทั้งสองข้างทำให้ผู้ป่วยเกิดความกลัวมากขึ้นจนเกือบตัวไม่พุดกับใคร ไม่ทานข้าว น้ำหนักตัวผอมมาก BMI 14.2 จนต้องปรึกษาจิตแพทย์แล้วแต่ก็ไม่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลมักจะใช้การให้กำลังใจเป็นหลักเพราะเป็นวิธีที่ดูแลจิตใจของผู้ป่วยได้ดีที่สุดแล้ว

**คุณ ID 13** ผู้ให้ข้อมูลเพศหญิง อายุ 41 ปี เป็นภรรยาของผู้ป่วย นับถือศาสนาพุทธ จบการศึกษา ม.3 ประกอบอาชีพร้อยพวงมาลัยส่ง รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน 12,000 บาท ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้หารายได้เพียงคนเดียว สมาชิกในครอบครัวมี 4 ราย ประกอบด้วย ผู้ป่วย ผู้ให้ข้อมูล บุตรของผู้ให้ข้อมูลกับผู้ป่วย และบุตรของผู้ป่วยกับภรรยาเก่า ดูแลผู้ป่วยมาแล้วประมาณ 5 เดือน ผู้ให้ข้อมูลได้ลาออกจากการเพื่อมาดูแลผู้ป่วยในช่วยของการรักษาต่อเนื่องด้วยยาเคมีบำบัดเพราะว่าไม่สามารถทำงานต่อได้เนื่องจากต้องลางานบ่อยเพราะพาผู้ป่วยมาหาหมอ จึงรับจ้างเป็นร้อยพวงมาลัยเอาเงินมาเพื่อประทังครอบครัว และได้เงินช่วยเหลือจากลูกของผู้ป่วยกับภรรยาเก่าคอยช่วยเหลือค่าใช้จ่าย ค่ากินต่างๆในบ้านแบ่งเบาภาระเรื่องเงิน ผู้ให้ข้อมูลมักได้รับกำลังใจจากญาติพี่น้องที่ป่วยเป็นโรคมะเร็งเหมือนกันให้กำลังใจผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยว่าจะต้องเจอกับผลข้างเคียงอย่างไรบ้างให้อดทนสู้กับมันและจะสามารถปรับตัวและผ่านไป

**ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย คุณ 13** เป็นผู้ป่วยเพศชาย อายุ 54 ปี นับถือศาสนาพุทธ ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ป่วยเป็นมะเร็งลำไส้ในระยะลุกลาม ผู้ป่วยมีอาการปวดปวดกระดูกหลังได้รับยาเคมีบำบัดไปแล้วปวดประมาณ 1-2 สัปดาห์ ทานยาแล้วบ้างครั้งไม่ดีขึ้น ผู้ให้ข้อมูลกอดและสัมผัสเพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจสู้ ให้อดทน และเริ่มทานอาหารได้น้อยลง BMI 18.43 (เริ่มผอม) แต่ผู้ป่วยก็พยายามสู้อะและทานอาหารเพื่อไปบำรุงร่างกาย บางครั้งก็เบื่ออาหารและทานไม่ได้เลย ก็จะทำอาหารเสริมเข้าไปช่วยให้ร่างกายมีแรง ผู้ป่วยมักบ่นท้อบ่อยครั้งและในทุกๆครั้งก็จะได้กำลังใจจากครอบครัวบอกให้อดทนและสู้เพราะมันเป็นช่วงแรกๆพอได้รับยาเคมีบำบัดนานๆไปก็จะเริ่มปรับตัวและชินไปเอง ให้พยายามมองผู้ป่วยคนอื่นที่เขาอดทนสู้และสามารถผ่านความทุกข์ทรมานเหล่านี้มาได้ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมารับการรักษาต่อเนื่องเพราะมีความหวังว่ามันจะหายและมีอาการดีขึ้นและผู้ป่วยกลับมีอาการอ่อนเพลียมากขึ้นซึ่งบางส่วนมาจากการทานได้น้อยและภาวะซีด

#### สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูล 4 ราย

ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามมาตรการการป้องกันโรคโควิด 19 มีการตรวจ ATK ผลเป็น ผ่าน ก่อนไปสัมภาษณ์ และได้ขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลตรวจ ATK ผลเป็น ผ่าน แล้วจึงสัมภาษณ์ ในขณะที่สัมภาษณ์ที่บ้านได้มีการใส่หน้ากากอนามัยและเว้นระยะห่างตามความเหมาะสม ซึ่งปฏิบัติทุกรายที่มีการสัมภาษณ์ที่บ้าน สำหรับสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้ให้ข้อมูล 4 ราย ดังต่อไปนี้

**คุณ ID 8** ผู้ให้ข้อมูลและผู้ป่วยยินดีให้ไปสัมภาษณ์ที่บ้าน ซึ่งผู้ให้ข้อมูลอาศัยอยู่แถวจังหวัดนนทบุรี ใกล้บ้านผู้วิจัยจึงได้ขับมอเตอร์ไซด์เยี่ยมด้วยตนเอง บ้านเป็นลักษณะที่พักคนงานก่อสร้างชั้นเดียว ฝาบ้านเป็นสังกะสีแบ่งกันห้องเป็นลื้อๆ ความกว้างของห้องขนาดพอสมควร ของใช้ในบ้านวางไว้มาก่อนเป็นระเบียบ ความสะอาดพอสมควร มีฝุ่นเต็มห้องแต่ที่นอนสะอาด จานชามวางเป็นระเบียบ มีผาดูม ห้องน้ำรวม ฝาเป็นสังกะสีมีกลิ่นบูหรี รอบแคมป์คนงานเป็นป่า มีขยะทิ้งรอบที่พักปริมาณ

มาก บรรยากาศของการสัมภาษณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยเหงื่อท่วมตัว ร้อนมากๆ และเวียนศีรษะมากเนื่องจาก กลิ่นเหม็นของห้องน้ำและกลิ่นขยะรอบๆที่พัก แต่ก็ต้องอดทนและเก็บความรู้สึกไม่แสดงออกทั้งสิ้น การลงพื้นที่จริงสัมภาษณ์ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น ได้เข้าใจบริบทการดูแลของแต่ละบุคคลทำให้ผู้วิจัยทราบว่าการดูแลที่ดีที่สุดของผู้ดูแลในครอบครัวนั้นมีความแตกต่างกันจริงๆ ผู้ดูแลในครอบครัวรายนี้จะให้การดูแลที่ในแบบของตน คือดีกว่าที่ตนเป็นอยู่หรือได้รับ ถึงสิ่งแวดล้อมจะเป็นลักษณะแบบนี้แต่สิ่งที่โดดเด่นและมีคุณค่าคือ มิตรภาพ และกำลังใจจากเพื่อนข้างห้อง จากเจ้านายที่คอยช่วยเหลือเรื่องเงิน เรื่องการล้างานของผู้ดูแลในครอบครัวให้ผู้ป่วยไปหาหมอตามนัด คอยเอื้อเฟื้อและช่วยเหลือกัน

**คุณ ID 10** ผู้วิจัยเดินทางไปสัมภาษณ์โดยการขึ้น Taxi และเปิด GPS บอกทางตามที่คุณให้ ข้อมูลให้เส้นทางไว้ ลักษณะเป็นทาวนโฮม 2 ชั้นของตัวเอง ผู้ป่วยอาศัยอยู่ชั้นล่างเนื่องจากสะดวก และมีห้องน้ำ ลักษณะที่อยู่อาศัยเป็นชุมชนติดกัน ข้างในบ้านสะอาด มีการจัดของได้เป็นระเบียบ แสงสว่างของไฟเพียงพอ ที่นอนสะอาด ผ้าปูเตียงปูเรียบร้อย ห้องน้ำดูมีการทำความสะอาดเป็นประจำ ถ้วยจานที่ใช้เรียบร้อย ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าส่วนใหญ่ไม่ค่อยทำกับข้าวจะเป็นการซื้อมาจากตลาดที่อยู่ออกไปไม่ไกล ไม่มีกลิ่นเหม็นอับหรือกลิ่นคาวบูหรี ผนังบ้านตกแต่งไปด้วยภาพเก๋ๆสมัยผู้ให้ ข้อมูลและผู้ป่วยยังสาว ๆ ที่เคยไปเที่ยวสถานที่ต่างๆด้วยกันมา โดยรวมจากการสังเกตพบว่าข้อมูลได้ ตรงกับที่ผู้ให้ข้อมูลให้ไว้ ดูแลความสะอาดได้สะอาดจริง มีความใส่ใจในการดูแล เสื้อผ้า ที่นอนต่างๆ จริงตามที่คุณให้ข้อมูลได้ให้ไว้ ส่วนเรื่องสิ่งคมรอบข้าง เพื่อนบ้านเป็นลักษณะต่างคนต่างอยู่จากการบอกของผู้ให้ข้อมูล ไม่ค่อยได้พูดคุยกับเพื่อนบ้านเพราะต่างคนต่างอยู่แต่จะมีการติดต่อสื่อสารกับญาติพี่น้องผ่านทางช่องทางไลน์เพราะด้วยเหตุผลเรื่องการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ด้วยความสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างจึงลดลง

**คุณ ID 11** ผู้วิจัยเดินทางด้วยบีทีเอช และ Taxi ไปหนองจอก เป็นการเดินทางที่ยาวไกล ทำให้เข้าใจได้ว่าหากรถติดจะต้องเสียค่าเดินทางขนาดไหนจึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกที่จะออกเดินทางมาหาหมอแต่เช้า บ้านมีลักษณะเป็นบ้านเช่าสองชั้นอยู่ด้วยกัน 7 คน ผู้ป่วยจะอยู่ชั้นล่าง และลูกจะอยู่ชั้นบน ข้างล่างเป็นปูน ข้างบนเป็นไม้หลังคาบ้านด้วยสังกะสี ผนังบ้านข้างบนเป็นแผ่นไม้ กลางวันจะร้อนมาก ของในบ้านเรียงไม่ค่อยเป็นระเบียบ ห้องน้ำเป็นพื้นปูนดูมีลักษณะลื่น ข้าวของวางไว้ไม่ค่อยเป็นระเบียบอาจเนื่องด้วยอยู่กันหลายคนมีห้องน้ำสองห้อง ห้องนอนมีเตียงนอนจัดของวางไว้ได้เป็นระเบียบเรียบร้อย กลางบ้านมีพื้นที่ไว้สำหรับดูทีวี ของใช้ในบ้านวางไว้เต็มบ้าน ห้องครัวเป็นลักษณะที่ของวางกระจาย เป็นบ้านที่มีการทำอาหารทานด้วยกันในบ้าน มีคราบน้ำมันติดตามผนังห้องครัว มีหน้าต่างถ่ายเทอากาศดี กลิ่นในบ้านเป็นกลิ่นอับของเสื้อผ้า บริเวณนอกบ้านมีพื้นที่กว้างพอสมควร มีต้นไม้และมีเปล ผู้ให้ข้อมูลบอกว่าผู้ป่วยชอบไปนอนหลับที่เปลนอกบ้านช่วงกลางวัน รอบบ้านสะอาดไม่รก ไม่มีกลิ่นคาวบูหรี รอบบ้านมีเพื่อนบ้านอยู่อาศัย หน้าบ้านติดถนนมีรถวิ่งผ่านไปมา บ้านต้องเข้ามาในซอยแต่เข้ามาข้างในซอยแล้วกว้าง มีบ้านคนอยู่อาศัยจำนวนมาก ผู้ให้ข้อมูลเล่าว่าเพื่อนบ้านเป็นมิตร ให้การช่วยเหลือดี เคยมีเหตุการณ์ฉุกเฉินคือผู้ป่วยหน้ามือและล้มในห้องน้ำ ได้ไปตามมาให้มาช่วยพยุงขึ้นก็มาช่วยเหลือ และคนแถวบ้านก็มีมาเยี่ยมให้กำลังใจผู้ป่วยอยู่เป็นระยะ บ้างวันผู้ป่วยมีอาการดี ไม่อ่อนเพลียก็จะเดินไปเล่นกับเพื่อนบ้าน

คุณ ID 13 ผู้วิจัยเดินทางด้วย MRT ลงสถานีคลองเตย และต่อวินมอเตอร์ไซด์ไปบ้านผู้ให้ข้อมูล ลักษณะบ้านของผู้ให้ข้อมูลเป็นบ้านบ้านเช่าสองชั้น ลักษณะบ้านเดี่ยว ในตัวบ้านเป็นพื้นปูน ผนังบ้านเป็นแผ่นฝ้าตีปิดไว้ กว้างพอสมควร ของเรียงไม่ค่อยเป็นระเบียบ แสงสว่างไม่ค่อยเพียงพอ บ้านลักษณะรั้วปูนติดกัน ห้องน้ำเป็นลักษณะเป็นโถชักโครกอยู่สูงจากพื้นประมาณ 1 เมตร เป็นโถส้วมเก่าๆสีคล้ำมาก ห้องน้ำไม่ค่อยสะอาดมีกลิ่นเหม็น ห้องส้วมและห้องอาบน้ำในห้องเดียวกัน แต่พบว่าหลังคาของห้องนี้มีปิดไว้แค่ครึ่งเดียวไม่ได้ปิดคลุมทั้งห้อง พื้นสีดำ แต่ของในห้องน้ำวางเป็นระเบียบ ห้องครัวเป็นลักษณะห้องครัวที่ทำอาหารทานเอง ครัวบนน้ำมันเต็มผนัง วางของไว้เต็มห้องครัว มีตู้กับข้าวไว้เก็บกับข้าวกันแมลงวัน ห้องนอนเตียงนอนสะอาดจัดวางของเป็นระเบียบ เสื้อผ้าสะอาดแต่จัดวางไว้กลางบ้านเลยทำให้ดูรก พื้นบ้านมีกลิ่นทำความสะอาดแต่มีฝุ่นอยู่ ลักษณะสิ่งแวดล้อมถือว่าอยู่ได้ ความสะอาดพอสมควรมีพื้นที่กลางบ้านไว้สำหรับร่อยพวงมาลัย ของจะรกหน่อย ถ้าช่วงไหนใกล้วันพระจะต้องเร่งร่อยพวงมาลัยก็เลยไม่ค่อยมีเวลาทำความสะอาดบ้าน ต้องหาเงินก่อน แต่มีลูกสาวคนเล็กกลับมาจากโรงเรียนก็จะมาล้างจานและช่วยถูบ้านให้ เพื่อนบ้านผู้ให้ข้อมูลเล่าว่ามีการพูดคุยสัมพันธ์ภาพดี จะร่อยพวงมาลัยส่งชายเหมือนกัน มีอะไรก็จะแบ่งปันกัน ช่วยเหลือกัน

### ตารางการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ในผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม จำนวน 13 ราย รายละเอียด 2-3 ครั้ง โดยมีรายละเอียดดังนี้

ผู้ให้ข้อมูล	ครั้งที่	วันที่สัมภาษณ์	เวลาสัมภาษณ์ (น.)	รวมเวลา (นาที)	สถานที่
ID1	1	9 มิ.ย. 65	10.00-10.51	51	ห้องให้คำปรึกษา
	2	27 มิ.ย. 65	14.00-14.47	47	โทรศัพท์
	3	4 ก.ค. 65	15.00-15.54	54	โทรศัพท์
ID2	1	14 มิ.ย. 65	09.30-10.09	39	ห้องให้คำปรึกษา
	2	28 มิ.ย. 65	18.00-18.31	31	โทรศัพท์
	3	5 ก.ค. 65	19.30-20.19	49	โทรศัพท์
ID3	1	16 มิ.ย. 65	10.00-10.44	44	ห้องให้คำปรึกษา
	2	27 มิ.ย. 65	14.00-14.29	29	โทรศัพท์
	3	6 ก.ค. 65	13.30-14.01	31	โทรศัพท์
ID4	1	8 ก.ค. 65	10.00-10.41	41	ห้องให้คำปรึกษา
	2	10 ก.ค. 65	11.00-11.35	35	โทรศัพท์
ID5	1	11 ก.ค. 65	10.00-10.47	47	ห้องให้คำปรึกษา
	2	17 ก.ค. 65	20.00-20.44	44	โทรศัพท์
ID6	1	19 ก.ค. 65	10.30-11.05	35	ห้องให้คำปรึกษา
	2	3 ส.ค. 65	18.00-18.33	33	โทรศัพท์
ID7	1	20 ก.ค. 65	10.00-11.04	64	ห้องให้คำปรึกษา
	2	7 ส.ค. 65	20.00-21.15	75	โทรศัพท์
ID8	1	16 ส.ค. 65	10.30-11.00	30	ห้องให้คำปรึกษา
	2	21 ส.ค. 65	13.00-13.44	44	ที่พักคนงานก่อสร้าง
ID9	1	17 ส.ค. 65	10.00-10.30	30	ห้องให้คำปรึกษา
	2	23 ส.ค. 65	09.00-09.31	31	โทรศัพท์
ID10	1	19 ส.ค. 65	10.00-10.42	42	ห้องให้คำปรึกษา
	2	25 ส.ค. 65	13.00-13.43	43	ทาวนโฮม 2 ชั้น
ID11	1	29 ส.ค. 65	10.00-10.31	31	ห้องให้คำปรึกษา
	2	3 ก.ย. 65	14.00-14.39	39	บ้านเช่า สองชั้น
ID12	1	5 ก.ย. 65	09.30-10.20	50	ห้องให้คำปรึกษา
	2	8 ก.ย. 65	18.00-18.32	32	โทรศัพท์
ID13	1	9 ก.ย. 65	10.00-11.04	34	ห้องให้คำปรึกษา
	2	11 ก.ย. 65	13.30-14.13	43	บ้านเช่า สองชั้น

### การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยผู้ให้ข้อมูล

บทสนทนาทาง Line application เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (member checks)

ผู้วิจัย : สวัสดีครับคุณ ...(ชื่อผู้ให้ข้อมูล)... จากที่คุณได้กรุณาสละเวลาในการให้สัมภาษณ์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว ขณะนี้ขอส่งข้อความที่ถอดจากบทสัมภาษณ์และข้อสรุปเบื้องต้นครับ เพื่อให้คุณช่วยตรวจสอบว่าสิ่งที่ผู้วิจัยเข้าใจ ว่ามีความถูกต้องมากน้อยเพียงใด ถ้ามีอะไรเพิ่มเติมสามารถเสนอแนะได้เลยนะคะครับและหากสงสัยประเด็นไหนผู้วิจัยขออนุญาตโทรเพื่ออธิบายข้อสงสัยครับ

ผู้วิจัย : จากประเด็นที่ได้สรุปมานั้นคุณเห็นว่าสิ่งที่ผู้วิจัยสรุปมีความถูกต้องตรงกับประสบการณ์ของคุณหรือไม่อย่างไรครับ

ผู้ให้ข้อมูล : .....(ความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูล).....

ผู้วิจัย : ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่คุณกรุณาสละเวลาอันมีค่าสำหรับการตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นสรุปการวิจัยในครั้งนี้ค่ะครับ ขอขอบคุณพระครับ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ตัวอย่างรูปแบบการประเมินความน่าเชื่อถือได้

Theme หลัก	Sub-themes	Content
2) การดูแลตามสถานการณ์และอาการด้วยความรักและ ความ เข้าใจ เสนอให้ลองปรับเป็นกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว	2.1) การดูแลความสะอาดและความสุขสบายตามสภาพร่างกายของผู้ป่วย เสนอให้ลองปรับเป็นการดูแลสุขภาพตามสภาพร่างกาย	<p>“...ลูกไม่ไหวก็จะเช็ดตัวให้ ดูแลเขาตามอาการเลย สมมติว่ามีผ้าสองผืนมีกะละมังใส่น้ำอุ่นครับ เช็ดข้างล่าง ข้างบน ช่วงล่างก็ใช้อีกผืนหนึ่งเช็ดใส่น้ำอุ่นเหมือนกัน สระผม อาบน้ำและก็เช็ดตัว ภูเขาเพราะว่าที่คุณหมอบอกว่าถ้าเกิดให้ยาเคมีไปแล้วเนี่ยผิวหนังอาจจะแห้งหรือว่าจะลอกได้ถ้าเกิดแพ้ยา ไม่แพ้ถ้าปกติก็ทาเบาๆ เช็ดตัว ทาแป้งและใส่เสื้อผ้า แต่ถ้าเขามีแรงก็ให้เขาพยายามช่วยเหลือตัวเองคนไข้โรคเนี่ยต้องให้เขาช่วยเหลือตัวเองครับ เพราะเขาจะได้มีกำลังใจ...” (ID9T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)</p> <p>“...ก็ถ้าวันไหนแกไม่ไหวแกเพลีย แกอาบน้ำไม่ไหวก็จะเช็ดตัวให้ เราเป็นผู้ชายเราเช็ดให้แม่เราก็ไม่ถือสาอะไรนะ แต่แบบว่าน้องทำได้ทุกอย่างเพื่อแม่ก็รักแม่ (น้องคือผู้ให้ข้อมูล) ...ถ้าพอมีแรงคือแม่จะช่วยเหลือตัวเองแกก็จะทำความสะอาดตัวเอง...” (ID8T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอด)</p>
	2.2) ดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย เสนอให้ลองปรับเป็นการดูแลสุขภาพแวดล้อม	<p>“...เรื่องหนึ่งที่ต้องดูก็คือเรื่องความสะอาดเขาจะมีเบื่อนที่นอนบ่อยไม่ใช่เขามืดที่นอนนะคะเขามีเบื่อนเพราะว่าเขาใช้คอมพิวเตอร์ (กระบอกปัสสาวะ) มันก็มีหกลงที่นอนบ้าง เขาอ่อนแรงครึ่งซีกเนอะ บางทีมือเขาไม่ถนัดข้างนึง มันไม่ตรงมันแฉลบมันก็เลยเบื่อนผ้าปูที่นอน เราก็มเปลี่ยนผ้าปูที่นอนตลอดทำให้สะอาดคะ...เปลี่ยนผ้าปูเนี่ยเปลี่ยนทุกวันเลยคะ เน้นความสะอาดเพราะว่ากลัวผลเขาจะติดเชื้อ...” (ID1T1F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ)</p> <p>“...ตอนเขาท้องเสียเนี่ยป้าก็ต้องคอยเช็ดผ้าปู เปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้เขาใหม่ตลอดเพราะว่าเขาถ่ายออกมาโดยที่ไม่รู้ตัว เขาก็จะบอกว่าเค้าถ่ายโดยที่เขาไม่รู้ตัวอยู่ๆ มันก็ออกมาเอง มันไหลออกมาเองเขาเดินเข้าห้องน้ำไม่ทันมันร่วงมาเลยเอะกางเกงเอะผ้าอนามัย ผ้าปูที่นอนอะไรพวกเนี่ยที่เขานอนพันตัวเขาก็เลอะหมด เราก็มเปลี่ยนให้สะอาดแล้วก็ไม่ได้ว่าอะไร...” (ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)</p>
	2.3) การดูแลให้ได้รับอาหารโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เสนอให้ลองปรับเป็นการดูแลโภชนาการ 2.3.1 การดูแลให้ทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ	<p>“...อยู่บ้าน ก็จะดูเรื่องอาหารเข้าที่ที่บ้านก็คือต้มข้าว ต้มข้าวให้และใส่หมูสับอะไรเงี้ย แล้วก็พยายามเอาผักหลายๆอย่างแล้วก็ปรุงรสอ่อนๆให้เขา ไม่ต้องซีอวี่น้ำปลาอะไรอะอะอะ ก็พยายามจะไม่เยอะคะให้หมดๆไปในมือนั้นเลยเพราะไม่อยากให้เขากินของค้างคิน อาหารนี้จะเน้นโปรตีนพวกเนื้อปลา ปลาหีบต้มไปซื้อก็ให้ตลาดก็แล่นเนื้อมาเลย แล้วก็มาต้มหรือหนึ่ง บางทีโดยส่วนมาก ลูกจะชอบกินมากกว่า จะมีผักด้วย ก็ไม่ปรุงรสเลย ไม่ใส่เกลือ ไม่ใส่อะไรเลย...” (ID2T2F ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับ)</p> <p>“...เรื่องอาหารเนี่ยมันสำคัญนะอาหารเราก็ต้องดูด้วย เราชอบเค็มเราก็ใส่เค็มเราชอบหวานแล้วก็ใส่หวานแบบนั้นไม่ได้ เราไม่ใส่ผงชูรสน้ำมันพืชเนี่ยผมก็เปลี่ยนจากพวกฟาร์มแล้วเกลือเป็นรำข้าวแพงหน่อยทอดให้กินเนี่ยใช้รำข้าว ...ผมจะไม่ค่อยอุ่นอาหารให้เขาหรอก จะไม่ค้างคิน ทำตอนเช้าอย่างมากก็ตอนเย็นให้กินให้หมดเลย ไม่ค้างคินครับมันไม่ค่อยมีประโยชน์หรอก ทำเขากินกลางวัน แล้วก็เย็นก็ทำใหม่อย่างนี้ครับ...” (ID3T1M ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้)</p> <p>ไปทบทวนว่าจะมีการจัดประเด็นอย่างไรใหม่ ให้สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้มา</p>

## วิธีการเก็บข้อมูลในช่วงสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19

ในสถานการณ์ที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ผู้วิจัยคำนึงถึงความปลอดภัยและสวัสดิภาพของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ จะไม่ดำเนินการใด ๆ ที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเสี่ยงต่อการติดเชื้อโควิด-19 โดยมีมาตรการในการป้องกันตนเองและผู้ให้ข้อมูลตามมาตรการ D-M-H-T-T (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ซึ่งมีแนวทางในการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1) D : Social Distancing เว้นระยะห่าง 1-2 เมตร เลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ผู้วิจัยเว้นระยะห่างในการสัมภาษณ์แบบเผชิญหน้ากับผู้ให้ข้อมูล 1-2 เมตร และใช้ห้องให้คำปรึกษาในการสัมภาษณ์เป็นห้องที่มีความเหมาะสมเนื่องจากเป็นห้องที่โล่ง โปร่ง ไม่แออัด เงียบสงบ ไม่มีเสียงแทรกมารบกวนขณะให้การสัมภาษณ์ สะอาด และมีการทำความสะอาดห้องให้คำปรึกษาทุกวัน นอกจากนี้ยังมีการทำความสะอาดห้องให้คำปรึกษาก่อนการใช้และหลังใช้สัมภาษณ์ทุกครั้ง และในการสัมภาษณ์ที่บ้านได้มีการสัมภาษณ์ในบริเวณของบ้านที่โล่ง สะอาด มีอากาศถ่ายเท เว้นระยะห่างที่เพียงพอ เช่น ม้านั่งข้างบ้านของผู้ให้ข้อมูล เป็นต้น

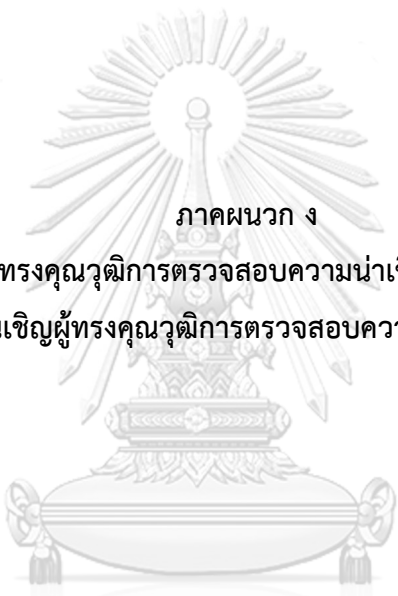
2) M : Mask Wearing สวมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัยตลอดเวลา ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลสวมใส่หน้ากากอนามัย และ Face shield ตลอดระยะเวลาในการสัมภาษณ์

3) H : Hand Washing ล้างมือบ่อยๆ ด้วยน้ำและสบู่ หรือเจลแอลกอฮอล์ ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลล้างมือบ่อยๆ ด้วยเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้ง หลังสัมผัสวัตถุหรือสิ่งแวดล้อม

4) T : Testing การตรวจวัดอุณหภูมิและตรวจหาเชื้อโควิด 19 ผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลจะทำการวัดอุณหภูมิ ตรวจ ATK ก่อนการสัมภาษณ์ทุกครั้ง โดยที่ค่าใช้จ่ายในการตรวจ ATK ผู้วิจัยเป็นผู้รับผิดชอบเอง

5) T : Thai Cha Na สแกนไทยชนะก่อนเข้า-ออกสถานที่สาธารณะทุกครั้ง เพื่อให้มีข้อมูลในการประสานงานได้ง่ายขึ้น ซึ่งห้องให้คำปรึกษาไม่มีการสแกนไทยชนะ แต่ผู้วิจัยจะมีการลงชื่อ-นามสกุล เบอร์โทรศัพท์ของผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูลก่อนเข้าใช้งานห้องให้คำปรึกษาทุกครั้ง





ภาคผนวก ง  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล  
และหนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล

- |  |   |
|--|---|
| 1. รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่อมตานี      | อาจารย์ประจำสาขาการบริหารการพยาบาล<br>คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 2. รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม          | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์    |
| 3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ระวีวรรณ พิไลเกียรติ | อาจารย์ประจำสาขาการพยาบาลศาสตร์<br>คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร        |



## หนังสือเรียนเชิญผู้ทรงคุณวุฒิการตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล



### บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาฯ โทร. ๘๑๑๓๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

ที่ อว ๖๔.๑๑/๐๑๓๐๕

วันที่ ๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน รองศาสตราจารย์ ดร. อารีย์วรรณ อ่วมตานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด

๒. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกัมพล อินทรทะกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์ จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาฯร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร โทร. ๐๒-๒๑๘-๑๓๕๖

ชื่อนิสิต นายกัมพล อินทรทะกุล โทร. ๐๖๒-๖๔๒-๔๖๖๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๓๐๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกัมพล อินทรทะกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ดร.เยาวรัตน์ มัชฌิม

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาพร โทร. ๐๒-๒๑๑๘-๑๓๕๖

ชื่อนิสิต

นายกัมพล อินทรทะกุล โทร. ๐๖๒-๖๔๒-๔๖๖๔

ที่ อว ๖๔.๑๑/ ๐๑๓๐๗



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น ๑๑  
ถนนพระราม ๑ แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ ๑๐๓๓๐

๔ ตุลาคม ๒๕๖๕

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. โครงร่างวิทยานิพนธ์ จำนวน ๑ ชุด  
๒. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล จำนวน ๑ ชุด

เนื่องด้วย นายกัมพล อินทรทะกุล นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ รองคณบดีฝ่ายกิจการนิสิตและศิษย์เก่าสัมพันธ์ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ระวีวรรณ พิไลเกียรติ

ฝ่ายวิชาการ

โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๑๓๑, ๐๘-๑๘๘๓๓-๙๗๙๑ E-mail: fonbox@chula.ac.th

อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์ โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๑๕๕

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ปิ่นหทัย ศุภเมธาวร โทร. ๐๒-๒๑๘๘-๑๓๕๖

ชื่อนิสิต

นายกัมพล อินทรทะกุล โทร. ๐๖๒-๖๔๒-๔๖๖๔

## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นายกัมพล อินทรทะกุล
วัน เดือน ปี เกิด	17 มิถุนายน 2534
สถานที่เกิด	จังหวัดลพบุรี
วุฒิการศึกษา	ปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY