

## การเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชน: กรณีศึกษา

รังสรรค์ ไชยคำ พย.ม.<sup>1\*</sup>, ลัดดาวัลย์ ฟองค์ พย.ม.<sup>1</sup>, สนิทกานต์ ราชโทลี พย.บ.<sup>2</sup>,

ฉันทนา ลาตนาจันทร์ พย.บ.<sup>2</sup>, โสภิตา ละมัยกุล พย.บ.<sup>1</sup>,

และปัทมา ทัด บณขุนทด ปร.ค.<sup>3</sup>

(วันที่ส่งบทความ: 4 มีนาคม 2567; วันที่แก้ไข: 23 กันยายน 2567; วันที่ตอบรับ: 9 ตุลาคม 2567)

### บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายเป็นภาวะวิกฤติของชีวิตและครอบครัว การพยาบาลเพื่อส่งเสริมการตายดีช่วยให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและมีสติจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลต่อเนื่องในชุมชน หากสูญเสียพลังอำนาจ (Powerlessness) ของผู้ดูแลหลักในการดูแลอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยได้ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชน ด้วยเทคนิคการเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลหลักตามแนวคิดของกิบสัน ซึ่งประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอนได้แก่ 1) การค้นพบสภาพงานจริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) ผลการศึกษา พบว่าผู้ดูแลหลักมีความมั่นใจ และทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายต่อเนื่องที่บ้านได้จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตและผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ และมีการติดตามเยี่ยมญาติหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต (Bereavement Care) เสนอแนะ พยาบาลสามารถนำเทคนิคการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลในการส่งเสริมทักษะการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และจากไปอย่างสงบ (Peaceful Death)

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้าย, การเสริมพลังอำนาจ, ผู้ดูแลหลัก, การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

<sup>2</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี

<sup>3</sup> อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

\* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: รังสรรค์ ไชยคำ, อีเมล: Rangsant2013@gmail.com

## Enhancing Empowerment of End-stage Colorectal Cancer Caregivers in the Community: A Case Study

*Rangsan Chaikhram, M.N.S.<sup>1\*</sup>, Laddwan Vonk, M.N.S.<sup>1</sup>, Sonthikarn Ratchatosee, B.N.S.<sup>2</sup>,  
Chantana Ladhachan, B.N.S.<sup>2</sup>, Sopa Lamaikul, B.N.S.<sup>1</sup>,  
& Punnathut Bomkhunthod Ph.D.<sup>3</sup>*

(Received: March 4<sup>th</sup>, 2024; Revised: September 23<sup>rd</sup>, 2024; Accepted: October 9<sup>th</sup>, 2024)

### Abstract

End-stage colorectal cancer is a critical situation for both the patient and their family. Palliative care to promote a good death is crucial to ensure patients pass away peacefully and consciously. Primary caregivers play a significant role in providing continuous care within the community. If primary caregivers lose their power in caregiving, it may affect the patient's quality of life. This study aimed to explore the nursing process for end-stage colorectal cancer patients in the community using Gibson's empowerment technique, which consists of four steps: 1) discovering reality, 2) critical reflection, 3) taking charge, and 4) holding on. The results showed that primary caregivers gained the confidence and skills to provide continuous care for end-stage colorectal cancer patients at home until the end of life, and patients passed away peacefully. Bereavement care was also provided to families after the patient's death. It is recommended that nurses can apply the empowerment techniques to enhance caregivers' skills in providing care for end-stage colorectal cancer patients in the community, thereby improving patients' quality of life and ensuring a peaceful death.

*Keywords:* end-stage colorectal cancer, empowerment, primary caregiver, home-based continuous care

---

<sup>1</sup> Register Nurse, Senior Professional Level, Nursing Division, Chonburi Cancer Hospital

<sup>2</sup> Register Nurse, Nursing Division, Chonburi Cancer Hospital

<sup>3</sup> Lecturer, Faculty of Nursing, Nakhon Ratchasima Rajaphat University

\* Corresponding Author: Rangsan Chaikhram, Email: Rangsan2013@gmail.com

## บทนำ

ในปี 2563 มีการรายงานว่าผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักใหม่ทั่วโลกมีจำนวนมากกว่า 1.9 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตประมาณ 935,000 คน (Dutta et al., 2023) ซึ่งมะเร็งชนิดนี้เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 3 คิดเป็นร้อยละ 10-12 ของผู้ป่วยมะเร็งทั้งหมด (Dantas et al., 2024) ข้อมูลจากโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรีในปี 2566 พบว่ามะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนักเป็นชนิดที่พบมากเป็นอันดับ 3 ทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยส่วนใหญ่เป็นในระยะที่ 3 และ 4 (โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี, 2566) ซึ่งมักมีการแพร่กระจายของโรค ในกรณีที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด การดูแลแบบประคับประคองจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดการกับอาการและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานที่เกิดจากอาการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ (Abbaspour & Heydari, 2021) โดยเฉพาะในผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะลุกลามที่มักประสบปัญหาความทุกข์ทรมานจาก โรคและผลข้างเคียงของการรักษา การดูแลแบบประคับประคองถือเป็นสิทธิพื้นฐานที่ผู้ป่วยได้รับ (Bond & Knopp, 2018) ตามรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีผู้ป่วยประมาณ 40 ล้านคนที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง แต่มีเพียงร้อยละ 14 ที่ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม (World Health Organization [WHO], 2020) เป้าหมายหลักของการดูแลแบบประคับประคองคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่มีความหมายและจากไปอย่างสงบ พร้อมทั้งช่วยให้ครอบครัวสามารถเผชิญและปรับตัวกับการสูญเสียได้ (กิตติกร นิลมานันต์ และกัลยา แซ่ซิด, 2561) และในวาระระยะท้ายของชีวิตผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านถึงร้อยละ 90 (ประพิมพัรัตน์ ผดุงศรี และอริณรดา ลาดลา, 2562; เข็มทอง ศรีเนตรไพบูลย์ และคณะ, 2566) ในกรณีของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มีการแพร่กระจายไปยังอวัยวะต่าง ๆ การรักษาให้หายขาดมีความเป็นไปได้ต่ำ คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้เพียง 6 เดือนถึง 1 ปี การดูแลในระยะนี้จึงมุ่งเน้นไปที่การจัดการอาการของผู้ป่วย เพื่อให้มีความสุขสบายมากที่สุด (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, 2563) การดูแลและเน้นที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) และครอบคลุมทุกมิติ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การสื่อสารทางการแพทย์มีความสำคัญอย่างยิ่งในทุกๆ ระยะของการเปลี่ยนผ่าน

การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะท้ายสามารถนำแนวคิดการส่งเสริมการตายดีตามทฤษฎี Peaceful End of Life Theory ของ Ruland and Moore (1998) มาใช้ โดยทฤษฎีนี้เน้นว่า “การเผชิญกับช่วงสุดท้ายของชีวิตเป็นประสบการณ์ส่วนบุคคลที่สามารถได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากพยาบาลอย่างเหมาะสม” องค์ประกอบที่สำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีการตายดี ได้แก่ การไม่เจ็บปวด (Not Being in Pain) การบรรเทาความรู้สึกไม่สบายต่าง ๆ (Experience of Comfort) การได้รับความเคารพและส่งเสริมศักดิ์ศรี (Experience of Dignity or Respect) การอยู่ในสภาวะสงบสุข (Being at Peace) และการใกล้ชิดกับบุคคลสำคัญหรือบุคคลที่ห่วงใย (Closeness to Significant Others/Persons who Care) (พัชรวิรัตน์ อันสีแก้ว และกานต์วี โบราณมูล, 2566)

ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะที่มีการแพร่กระจายถือเป็นผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตในช่วงเวลาอันใกล้ โดยทั่วไปผู้ป่วยในระยะนี้มักเลือกที่จะเสียชีวิตที่บ้าน เนื่องจากบ้านเป็นสถานที่ที่อบอุ่น ปลอดภัย และเป็นศูนย์รวมของครอบครัว ซึ่งมีความสำคัญต่อการให้ความสนับสนุนทางอารมณ์และการดูแลในช่วงสุดท้ายของชีวิต การอยู่ในสถานที่ที่คุ้นเคยและใกล้ชิดกับบุคคลสำคัญช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความต้องการและสื่อสารกับสมาชิกในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่บ้านต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแล การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลหลักจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง พยาบาลต้องประเมินความพร้อมและทักษะของผู้ดูแลหลักอย่างละเอียด หากพบว่าผู้ดูแลหลักขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การใช้เทคนิคเสริมพลังอำนาจ (Empowerment Techniques) จึงเป็นสิ่งสำคัญในการเพิ่มพูนความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้องให้แก่ผู้ดูแลหลัก ซึ่งจะช่วยให้การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการเจ็บป่วย (Guo et al., 2024; ประพิมพัรัตน์ ผดุงศรี และอรินรดา ลาดลา, 2562; เข็มทอง ศรีเนตรไพบุลย์ และคณะ, 2566)

### การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชน : บทบาทพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชนหรือที่บ้านถือเป็นบริการที่เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลมีบทบาทสำคัญต่อการเพิ่มคุณภาพการดูแลที่บ้าน โดยเฉพาะกรณีที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้าน การดูแลช่วยเหลือจัดการ และการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้การช่วยเหลือเตรียมการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้านได้อย่างสงบ ครอบครัวมีแหล่งสนับสนุนและมีศักยภาพสามารถจัดการกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้ จึงเป็นบทบาทสำคัญของทีมพยาบาล วรรณญา จิตรบรรทัด (2565) ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ประกอบด้วย 1) การให้บริการด้านสุขภาพ (Health care provider) แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ครอบคลุมทุกมิติ ผสมผสานทั้งด้านการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพ 2) ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ (Health educator) ในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งการสอน บรรยาย สาธิต การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายแก่ผู้ดูแลหลักอย่างเหมาะสม ตามบริบทของผู้ดูแลที่บ้าน 3) พิทักษ์ผลประโยชน์ (Advocator) แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงบริการสุขภาพตามสิทธิ์ 4) บริหารจัดการ (Manager) วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ทางการแพทย์ให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายที่บ้าน ร่วมกับประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกรณีฉุกเฉิน 5) ให้คำปรึกษา (Counselor) เกี่ยวกับโรคและปัญหาสุขภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 6) เป็นผู้วิจัย (Researcher) นำข้อมูลที่ได้มาศึกษา วิเคราะห์ วิจัย เพื่อปรับปรุงการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ 7) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) กระตุ้นหรือทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพ ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เหมาะสม 8) เป็นผู้นำ (Leader) ด้านการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายในชุมชน ช่วยชี้แนะแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยให้ครอบครัวและ

ชุมชนมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแล เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย 9) เป็นผู้ประสานงาน (Co-ordinator) กับหน่วยงานทุกระดับในการร่วมมือดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชนทั้ง ทีมสหสาขาวิชาชีพและนอกทีมสหสาขา เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น 10) ให้ความร่วมมือ (Collaborator) กับทุกฝ่ายที่จะช่วยกันพัฒนาการดูแลผู้ป่วย มะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายและครอบครัวในชุมชน เพื่อส่งเสริมให้เกิดการตายดี (Peaceful Death)

### การดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชน : บทบาทผู้ดูแลหลัก

ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายที่บ้าน เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและพร้อมให้การดูแลตลอดเวลา บทบาทนี้มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในช่วงสุดท้าย ถือเป็นเสาหลักของการดูแลแบบประคับประคอง เป้าหมายเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ได้แก่ 1) การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร การแต่งตัว การดูแลการขับถ่าย 2) บริหารจัดการยาแก้ปวด การดูแลจัดการความปวดที่มีความซับซ้อนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ รวมถึงดูแลจัดการอาการไม่สุขสบายทั่วไป 3) การติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ 4) ส่งเสริมการดูแลร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ส่งเสริมให้มีการเสียชีวิตที่สงบ ช่วยตัดสินใจเรื่องการรักษาในช่วงสุดท้ายของชีวิต ร่วมเผชิญความเจ็บป่วยร่วมกับผู้ป่วย การให้กำลังใจ อยู่เป็นเพื่อนผู้ป่วยตลอดเวลา ช่วยทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเชื่อ จัฒพิธีกรรมทางศาสนา และ 5) การดูแลช่วยเหลือด้านการเงิน ดูแลงานบ้าน และสนับสนุนสมาชิกครอบครัวที่เหลือ พาผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดหมาย (อรวิฐ กาญจนจารี และคณะ, 2560; Nysaeter et al., 2024)

### การเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลหลัก : บทบาทพยาบาล

ส่วนใหญ่ปัญหาผู้ดูแลหลักจะขาดความรู้ ทักษะในการดูแล ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้าย ยิ่งหากผู้ดูแลหลักไม่มีประสบการณ์ดูแลจะทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ป่วยระยะท้ายจะมีอาการต่าง ๆ เช่น อาการอ่อนเพลีย อ่อนล้า เบื่ออาหาร รับประทานอาหารลดลง ดื่มน้ำน้อยลง ง่วงซึมมากขึ้น นอนหลับตลอดเวลา หายใจผิดปกติ (Air hunger) มีเสมหะในลำคอ ร้องกรวยครวญ ไม่รู้สึกตัว เป็นต้น (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง, 2563) อาการเหล่านี้ ส่งผลให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจในการดูแล ไม่กล้าดูแลผู้ป่วย การเสริมพลังอำนาจในผู้ดูแลหลักจึงเป็นกระบวนการพลวัต (Dynamic process) ที่ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาความสามารถและมีอำนาจในการควบคุมสถานการณ์ต่าง ๆ นำไปสู่การดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายได้ โดย กิบสัน (1991) ได้ให้นิยามการเสริมสร้างพลังอำนาจ เป็นกระบวนการช่วยเหลือบุคคลในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพของชีวิต ซึ่งทำให้บุคคลมีพลัง มีความผาสุก และตระหนัก

ในศักยภาพของตนเองในการรักษาสุขภาพ การเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยให้บุคคลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ นำมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชน ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจ อยู่บนพื้นฐานของการมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีการทำงานร่วมกันและการมีส่วนร่วม (Collaboration) ซึ่งระยะของการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ระยะ ดังนี้ (Gibson, 1995)

### ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality)

การค้นพบสภาพการณ์จริงเป็นขั้นตอนแรกของการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยผู้ดูแลต้องยอมรับและเข้าใจสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ในขั้นแรกอาจตอบสนองด้านอารมณ์ เช่น สับสน วิตกกังวล และไม่ยอมรับปัญหา ต่อมาผู้ดูแลจะหาข้อมูลและความรู้เพื่อเข้าใจปัญหาได้ดียิ่งขึ้น ในขั้นสุดท้าย ผู้ดูแลจะปรับตัวโดยคิดในแง่ดี ตระหนักถึงความรับผิดชอบของตนเอง และนำประสบการณ์มาใช้แก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

### ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ (Critical reflection)

การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณเป็นการทบทวนสถานการณ์อย่างรอบคอบเพื่อแก้ปัญหาอย่างเหมาะสม ช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะในการทำความเข้าใจปัญหา พิจารณาทางเลือก และสร้างมุมมองใหม่ เมื่อผู้ดูแลค้นพบปัญหาจริง จะพัฒนาตนเองและรู้สึกมีพลังควบคุมตนเอง ขั้นตอนนี้ช่วยเพิ่มความมั่นใจในความสามารถในการตัดสินใจและการแก้ปัญหา นำไปสู่การเลือกวิธีการที่เหมาะสม และทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเข้มแข็งและมีพลังมากขึ้น

### ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge)

การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมเป็นกระบวนการที่ผู้ดูแลจะเลือกวิธีการที่ดีที่สุดเพื่อจัดการปัญหา โดยแลกเปลี่ยนข้อมูลกับผู้อื่นเพื่อช่วยการตัดสินใจด้วยตนเอง ทางเลือกจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละบุคคล วิธีที่เลือกต้องช่วยแก้ปัญหา สอดคล้องกับการรักษาของทีมสุขภาพ ตอบสนองความต้องการของผู้ดูแล และเป็นวิธีที่ได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

### ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)

การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพถือว่าเป็นข้อผูกพันในการปฏิบัติในขณะนี้ เมื่อพบปัญหาในการปฏิบัติตามทางเลือกแล้ว พยาบาล ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะร่วมมือแก้ไขปัญหา ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อนำวิธีการที่เลือกใช้ไปปฏิบัติแล้วเกิดประสิทธิภาพหรือประสบความสำเร็จ ผู้ดูแลก็จะรู้สึกมั่นใจ รู้สึกมีพลังอำนาจ มีความสามารถและจะคงไว้ซึ่งพฤติกรรมในการแก้ปัญหานั้นสำหรับใช้ในครั้งต่อไป

การเสริมสร้างพลังอำนาจจึงเป็นกระบวนการระหว่างบุคคลที่แต่ละขั้นตอนเชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยหากดำเนินการอย่างครบถ้วน ผู้ดูแลจะสามารถบรรลุเป้าหมายการปฏิบัติงานได้สำเร็จ

การวัดและประเมินผลจะพิจารณาจากคุณลักษณะสำคัญ เช่น ความเข้มแข็ง ศักยภาพ ระบบช่วยเหลือ และบุคลิกภาพที่มุ่งหน้าไปข้างหน้า โดยเน้นการเสริมสร้างความเชื่อในศักยภาพตนเองเป็นหลัก

## กรณีศึกษา

ผู้ป่วยชายไทยอายุ 67 ปี ไม่ได้ทำงาน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะแพร่กระจาย (Ca descending colon) with multiple PAN with liver metastasis เข้ารับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2566 ผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลียและผอม (Cachexia) แผลกดทับก้นกบระดับ 2 ขนาด 1x1.5 ซม. อุณหภูมิ 36.8°C ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 124/79 มม.ปรอท O2 Saturation 99% น้ำหนัก 33.6 กก. ส่วนสูง 170 ซม. BMI 11.63 Kg/M<sup>2</sup>, PPS 30%, POS ครั้งที่ 1 = 28 คะแนน ได้รับการวางแผนดูแลล่วงหน้า (ACP) ผู้ป่วยประสงค์จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก ได้ลาออกจากงานเพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ผู้ป่วยหวังจะอยู่ร่วมกับครอบครัวอีกครั้งแม้จะแยกกันอยู่ มีบุตรสาว 2 คน คนโตเป็นออทิสติก ส่วนคนเล็กทำงานบริษัท รายได้มาจากเงินเก็บและบำนาญของภรรยา ก่อนการจำหน่าย พยาบาลได้พูดคุยกับภรรยาซึ่งบอกเล่าว่า

“รู้สึกเหนื่อยเหมือนกัน ยังไม่พร้อม ไม่มั่นใจ ไม่กล้าดูแลเหมือนกัน อาการของเขาก็เป็นมากแล้วนอนติดเตียงตลอด ทั้งมีแผล ถ้าหากเขาอยากกลับบ้าน ตนเองก็ต้องดูแลทั้งลูกและผู้ป่วย... แต่ก่อนเคยอยู่ด้วยกันนะ แต่เขาชอบดื่มเหล้าตลอด พอเมามากก็ชวนทะเลาะ ดบตีกัน จนต้องแยกกันกันอยู่คนละบ้านตั้งแต่ลูกเล็ก ๆ เราก็จะอยู่บ้านกับแม่และลูก 2 คน ส่วนเขาจะอยู่ทาวเฮาส์ที่เขาซื้อคนเดียว จนกระทั่งเจ็บป่วยนี้เลยต้องกลับมาดูแล ตอนนี่ก็โอทีกรรมให้เขาบ้างแล้วแหละ พอหมอบอกจะให้ผู้ป่วยกลับบ้านตามความต้องการของผู้ป่วย ก็ต้องตามเขาแหละ”

บททวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) พบว่าผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจและยอมรับการดำเนินของโรค ผู้ป่วยระบุความประสงค์ที่จะกลับไปเสียชีวิตที่บ้าน โดยไม่ต้องการการใส่ท่อช่วยหายใจและไม่ต้องการให้ทำการปั๊มหัวใจหากหยุดหายใจ พยาบาลได้ให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหลักเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยใช้เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของกิบสัน

## กระบวนการเสริมพลังอำนาจผู้ดูแลหลัก

การเสริมสร้างพลังอำนาจตามแนวคิดของ Gibson (1995) ซึ่งพยาบาลได้นำมาประยุกต์ใช้กับผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดพลังอำนาจและสมรรถนะในการดูแล ดังนี้

## ขั้นตอนการค้นพบสภาพการณ์จริง (Discovering reality) และการสะท้อนคิดอย่างมี วิจารณญาณ (Critical reflection)

**ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1** ค้นพบ กระบะจิต คิดวิจารณ์ สถานที่ ห้องชีวาภิบาล วันที่ 18 กรกฎาคม 2567 ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลหลัก วัตถุประสงค์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลหลักเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้าย และสามารถรับรู้สภาพปัญหา ยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายที่บ้านและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

**กิจกรรม** พยาบาลสร้างสัมพันธภาพและบรรยากาศที่เอื้อต่อการเสริมสร้างพลังอำนาจกับผู้ดูแลหลักโดยกล่าวทักทาย แนะนำตนเองด้วยสื่อน้ำยิ้มแย้ม ใช้ภาษาที่เข้าใจง่ายทำทางเป็นมิตรจริงใจและเปิดเผย พร้อมทั้งอธิบายความรู้เรื่องโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่ การรักษา ภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา อาการที่พบบ่อยในระยะท้าย เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ ความเข้าใจอย่างถูกต้อง และพยาบาลทบทวนความรู้ความเข้าใจโดยใช้คำถามกระตุ้นทบทวนและเสริมความรู้ที่ถูกต้อง และได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันระหว่างผู้ดูแลหลักกับพยาบาล โดยให้ผู้ดูแลหลักประเมินปัญหาในการดูแล ผลกระทบจากการดูแล ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายที่บ้านที่ผ่านมา และให้ระบายความรู้สึกต่อสิ่งที่ปฏิบัติ ซึ่งผู้ดูแลหลักรับรู้และตระหนักถึงปัญหาที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลหลักบอกว่า “รู้สึกเหนื่อยเหมือนกัน ยังไม่พร้อม ไม่มั่นใจ ไม่กล้าดูแล อาการของเขาก็เป็นมากแล้ว นอนติดเตียงตลอด ทั้งมีแผล รู้สึกเจ็บปวดที่จะต้องเผชิญกับปัญหาตามลำพัง ประกอบกับความไม่เข้าใจในสภาพปัญหาและความยุ่งยากซับซ้อนของปัญหา จึงทำให้ไม่กล้าดูแลผู้ป่วยที่บ้าน” โดยพยาบาลให้ผู้ดูแลหลักระบายความรู้สึกที่คับข้องใจออกมาให้มากที่สุด โดยใช้คำถาม “ทำไมถึงคิดเช่นนั้น” กระตุ้นให้ผู้ดูแลหลักบอกถึงสิ่งที่ยังไม่ได้เล่าให้ฟัง “นอกเหนือจากที่คุณเล่ามา คุณยังมีอะไรอีกมั๊ย” เพื่อให้ผู้ดูแลหลักแสดงความคิดเห็นให้มากที่สุด พยาบาลให้ผู้ดูแลหลักวิเคราะห์ปัญหา สรุปปัญหาและเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา หาแนวทางแก้ไขและพิจารณาเลือกวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยผู้ดูแลหลักเลือกฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วย เกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน การพลิกตะแคงตัว การให้อาหารทางสายยาง การทำแผล รวมถึงการจัดการอาการผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้าย ซึ่งพยาบาลจะให้ความรู้ สอน สาธิต และให้ผู้ดูแลหลักปฏิบัติตามจนสามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง หลังจากนั้นพยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักซักถามข้อสงสัยหรือประเด็นที่สงสัย และให้ข้อมูลสนับสนุนที่เป็นประโยชน์ในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ พร้อมทั้งนัดหมายผู้ดูแลหลักครั้งต่อไปอีก 2 วัน

### ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge)

**ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2** ตัดสินใจ ทำได้จริง สถานที่ ห้องชีวาภิบาล วันที่ 20 กรกฎาคม 2567 ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ดูแลหลัก วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ดูแลหลักตัดสินใจสู่การปฏิบัติที่เหมาะสมด้วยตนเอง สร้างพันธสัญญาข้อผูกพันในการปฏิบัติ และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างมีระบบเป็นขั้นตอน

**กิจกรรม** พยาบาลกล่าวทักทายผู้ดูแลหลักด้วยสีหน้ายิ้มแย้ม และทบทวนปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในครั้งที่ 1 ที่ผ่านมา วิเคราะห์พฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายโดยพยาบาลถามประเด็นการดูแลผู้ป่วยที่ดีและไม่ดี เพื่อให้ผู้ดูแลหลักมีทางเลือกในการแสวงหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและดีที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ให้ผู้ดูแลหลักเล่าถึงประสบการณ์ถึงความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยครั้งนี้ที่ดีขึ้น เช่น การพลิกตะแคงตัว การจัดทำนอน การทำแผล การให้อาหารทางสายยาง การให้ออกซิเจนทางจมูก ผู้ดูแลหลักเล่าถึงประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยทำให้มีความมั่นใจเพิ่มขึ้น สามารถดูแลผู้ป่วยด้วยตนเองได้ตามบริบทของตนเอง โดยจะจัดสรรเวลาดูแลผู้ป่วยในช่วงกลางวัน และมีบุตรสาวช่วยสับเปลี่ยนดูแล เพื่อให้ตนเองมีเวลาส่วนตัวและพักผ่อนได้ ในขั้นตอนนี้พยาบาลแนะนำแหล่งสนับสนุนด้านความรู้ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียงและที่นอนลม เครื่องผลิตออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น และแนะนำแหล่งช่วยเหลือที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลหลัก เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลต้นสังกัด รวมถึงกรณีฉุกเฉินโทรเรียก 1669 แหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลหลัก พยาบาลนัดติดตามเยี่ยมผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักที่บ้านอีกครั้งใน 1 สัปดาห์

#### **ขั้นตอนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on)**

**ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3** คงมั่นดูแลกายใจ ผู้ป่วยปลอดภัยที่บ้าน สถานที่ ที่บ้าน วันที่ 27 กรกฎาคม 2567 ระยะเวลาดำเนินการ 2 ชั่วโมง กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก **วัตถุประสงค์** เพื่อติดตามสอบถามและให้ข้อเสนอแนะในการแก้ไขปัญหาของผู้ดูแลหลัก กระตุ้นให้ผู้ดูแลหลักคงการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายที่มีคุณภาพอย่า ต่อเนื่อง

**กิจกรรม** เยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักครั้งที่ 1 พยาบาลกล่าวทักทายผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และสอบถามถึงอาการทั่วไปของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคอะไรที่ต้องการให้พยาบาลช่วยเหลือ และทบทวนการดูแลของผู้ดูแลหลัก เน้นเกี่ยวกับการดูแลกิจวัตรประจำวัน จัดการอาการ โดยใช้คำถาม “*คุณพบปัญหาหรืออุปสรรคใดบ้างในการดูแลผู้ป่วยและมีแนวทางแก้ไขปัญหาอย่างไร*” หากผู้ดูแลหลักปฏิบัติได้ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลกล่าวขอบคุณชมเชย และประเมินผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้เครื่องมือ INHOMESSS Assessment ประเมินสภาพของผู้ป่วย พบว่า: 1) การเคลื่อนไหว (I: Immobility) ผู้ป่วยนอนติดเตียง มี PPS score = 30% และ ADL = 5 คะแนน 2) โภชนาการ (N: Nutrition) ผู้ป่วยผอมแห้ง น้ำหนัก 33.6 กิโลกรัม ส่วนสูง 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย (BMI) = 11.63 Kg/M<sup>2</sup> รับประทานอาหารลดลง 3) สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม (H: Home Environment) บ้านเป็นตึกแถว 2 ชั้นในแหล่งชุมชน อากาศถ่ายเทสะดวก แสงสว่างเพียงพอ สะอาดและจัดระเบียบดี 4) สมาชิกภายในบ้าน/ชุมชน (O: Other People) ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับภรรยาและบุตรสาว 2 คน โดยบุตรสาวคนที่ 2 ช่วยดูแลหลังเลิกงาน 5) ยาที่ใช้ (M: Medicine) ใช้ Morphine Syrup, FBC, Finasteride, และสารสกัดกัญชาทางการแพทย์ 6) ตรวจร่างกาย (E: Examination) อ่อนเพลีย ผอมแห้ง แผลที่ก้นกบไม่มีการติดเชื้อ อุณหภูมิ 36.7°C, ชีพจร 139 ครั้ง/นาที, อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 97/57 มม.ปรอท, ไม่มีเสียงปอด Crepitation 7) ความปลอดภัย (S: Safety) มีราวกันเตียงและแสง

สว่างเพียงพอ ในกรณีฉุกเฉินสามารถใช้โทรศัพท์ขอความช่วยเหลือได้ตลอด 24 ชั่วโมง 8) แหล่งบริการสุขภาพ (S: Services) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลาดล่างบางพระ และโรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา 9) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (S: Spiritual Health) ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ มีความเชื่อเรื่องเวรกรรมและให้คุณค่ากับชีวิตที่มีความหมายและครอบครัว. (Living will) (Unwin & Jerant, 1999) พยาบาลทบทวนการดูแลของผู้ดูแลหลัก เพื่อให้ผู้ดูแลหลักสามารถแสวงหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมและดีที่สุด ให้ข้อมูลสนับสนุนการดูแลที่ถูกต้องเพื่อประกอบการตัดสินใจและปฏิบัติของผู้ดูแลหลัก ซึ่งช่วยเพิ่มความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พบว่าผู้ดูแลหลักความมั่นใจและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างถูกต้อง สามารถจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ พยาบาลกล่าวชื่นชมและติดตามการดูแลต่อเนื่องผ่านระบบบริการทางการแพทย์ทางไกล (DMS Telemedicine) โดยผู้ดูแลหลักจะต้องลงทะเบียนใช้งานและทดสอบระบบให้ชำนาญก่อนการนัดหมายครั้งถัดไป



### วันที่ 30 กรกฎาคม 2566

เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2566 พยาบาลได้ติดตามอาการของผู้ป่วยผ่านระบบ DMS Telemedicine และประเมินสภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก พร้อมให้คำแนะนำ พบว่าผู้ป่วยมีอาการซึมลง ไม่ตอบสนอง Palliative Performance Scale (PPS) = 20% หายใจด้วยอาการ air hunger 8-10 ครั้งต่อนาที และมีเสียงเสมหะในลำคอ (death rattle) พยาบาลได้สอบถามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลหลักและยืนยันว่าผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง พร้อมทั้งให้คำแนะนำเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้ายของชีวิต (last hour) เช่น อาการเหนื่อยล้า หายใจหอบ (Cheyne-Stokes breathing) การกลืนลำบาก ซึม สับสน การรับรู้และสติสัมปชัญญะลดลง รวมถึงอาการทางกายอื่น ๆ เช่น ตัวเย็น และความดันโลหิตลดลง การควบคุมอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะออกน้อยลง ตัวเย็น มีจ้ำเลือดตามฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขนขา (ปฐมพร ศิริประภาศิริ และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนเรือง, 2563) การดูแลในช่วงนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายสูงสุด เช่น การจัดท่านอนให้เหมาะสม ดูแลความสะอาดของร่างกายและช่องปาก จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ และสามารถใช้ VDO call เพื่อให้ญาติได้กล่าวลาผู้ป่วยได้ การดูแลยังรวมถึงการให้ความรู้สึกลึกซึ้งผ่านพิธีกรรมหรือการนิมนต์พระมาที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบและไม่มีความ

ทุกข์ทรมาน โดยจะมีการติดตามผ่านระบบ DMS Telemedicine อีกครั้งใน 1 สัปดาห์ พร้อมให้การติดต่อกับพยาบาลตลอดเวลาในกรณีฉุกเฉิน

**วันที่ 1 สิงหาคม 2566** ผู้ดูแลหลักได้แจ้งพยาบาลทางโทรศัพท์ว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตเมื่อเวลาประมาณ 09:00 น. พยาบาลได้แสดงความเสียใจและให้กำลังใจแก่ผู้ดูแลหลักที่ได้ปฏิบัติหน้าที่อย่างดีที่สุด โดยผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ ไม่มีความทุกข์ทรมาน และในสถานที่ที่ผู้ป่วยปรารถนา พร้อมบุคคลที่รัก การเสียชีวิตเป็นไปตามความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับขั้นตอนการจัดการร่างผู้เสียชีวิตที่บ้าน พยาบาลจึงได้ประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลหลัก และแนะนำขั้นตอนการแจ้งการเสียชีวิต รวมถึงการจัดการร่างผู้เสียชีวิตเพื่อทำพิธีกรรมทางศาสนา ณ วัด ผู้ดูแลหลักควรติดต่อเทศบาลเพื่อขออนุญาตฝังศพ และให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลความสะอาดของร่างผู้เสียชีวิตก่อนการเคลื่อนย้ายไปยังสถานที่ทำพิธีกรรมทางศาสนา

**วันที่ 7 สิงหาคม 2566** พยาบาลได้ติดต่อสอบถามผู้ดูแลหลักหลังการสูญเสียผู้ป่วย เพื่อสนับสนุนการจัดการกับภาวะเศร้าโศกอย่างเหมาะสม พบว่าครอบครัวยังคงประสบภาวะเศร้าโศก โดยภรรยาและลูกสาวมีอาการร้องไห้ตลอดการสนทนา พยาบาลได้ให้กำลังใจและสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำงาน ภาวะซึมเศร้า การเข้าสังคม สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น บทบาทในการดูแลบุตร การปรับตัวเข้าสังคม การวางแผนชีวิตครอบครัวหลังการสูญเสีย ผลการประเมินพบว่า ผู้ดูแลหลักยอมรับการสูญเสียได้ แต่ยังคงมีผลกระทบต่ออารมณ์ชีวิตเล็กน้อย อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักยังคงสามารถดำเนินชีวิตและเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ตามปกติ โดยการประเมินด้วยแบบสอบถาม Brief Grief Questionnaires (BGQ) ได้คะแนน 1 คะแนน

### การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

กรณีศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี รหัสโครงการ Case Report 001/67 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการศึกษา และผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ ข้อมูลจะถูกเก็บรักษาอย่างปลอดภัยด้วยการใช้รหัสแทนชื่อ และจะถูกทำลายภายหลังการเผยแพร่ 1 ปี

### สรุป

ผู้ดูแลหลักมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ใหญ่ระยะท้ายในชุมชนเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย การเตรียมความพร้อมการดูแลของผู้ดูแลหลักก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญ กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลหลักประกอบไปด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบสภาพงานจริง (Discovering reality) 2) การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ

(Critical reflection) 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม (Taking charge) 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (Holding on) เป็นกระบวนการที่ทำให้ผู้ดูแลหลักเกิดความมั่นใจ การยอมรับ และมีทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง รวมถึงแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านของทีมสุขภาพ โดยการประยุกต์ใช้ระบบ DMS Telemedicine ในการติดตามผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่สะดวก รวดเร็ว บุคคลในครอบครัวสามารถยอมรับและจัดการกับภาวะเศร้าโศกสูญเสียภายหลังผู้ป่วยเสียชีวิตได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ

## เอกสารอ้างอิง

- กิตติกร นิลมานันต์, และกัลยา แซ่ซิด. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายกรณีสำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารสภาการพยาบาล*, 33(3), 51-66.
- เข็มทอง ตรีเนตรไพบุลย์, ทรัพย์ทวี หิรัญเกิด, และอณัญญา ลาอุณ. (2566). สถานการณ์ผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารสุขภาพและการพยาบาลมหาวิทาลัยอุบลราชธานี*, 2(2), 13-24.
- ปฐมพร ศิรประภาศิริ, และเดือนเพ็ญ ห่อรัตนารเรือง. (2563). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)*. สำนักงานกิจการโรงพยาบาล องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.
- ประพิมพ์รัตน์ ผดุงศิริ, และอริณรดา ลาตลา. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โรงพยาบาลอุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 37(2), 199 – 207.
- พัชรรัตน์ อันสีแก้ว, และกานต์รวี โบราณมูล. (2566). การประยุกต์ใช้ทฤษฎีระยะท้ายของชีวิตที่สงบในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย: กรณีศึกษา. *วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม*, 20(2), 13-24.
- โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. (2566). *สถิติโรคมะเร็งระดับโรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี HOS – BASED CANCER REGISTRY 2022 เล่มที่ 23*.  
<https://www.cch.go.th/newweb/images/registry/hos/Hos-2022.pdf>
- วรัญญา จิตรบรรทัด. (2565). บทบาทของพยาบาลชุมชนในการวางแผนดูแลรักษาตัวเองล่วงหน้าเพื่อการตายดีของผู้สูงอายุ. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 2(1), 81-92.
- อรวิฐ กาญจนจारी, ยุพาพิน ศิร โปธิ์งาม, และสุปรีดา มั่นคง. (2560). บทบาทและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในสถานบริการที่มีการดูแลแบบประคับประคองโดยเฉพาะ. *รวมาริบัติพยาบาลสาร*, 23(3), 328-343.
- Abbaspour, H., & Heydari, A. (2021). Concept analysis of end-of-life care. *Journal of Caring*

*Sciences, 11(3), 172–177.*

- Bond, M. J., & Knopp, A. (2018). Palliative care in northern Tanzania: doing a lot with a little. *International Journal of Palliative Nursing, 24(6), 296–303.*
- Dantas, A. A. G., de Oliveira, N. P. D., Costa, G. A. B. et al. (2024). Multilevel analysis of social determinants of advanced stage colorectal cancer diagnosis. *Scientific Reports, 14(9667).*
- Dutta, A., Pratiti, R., Kalantary, A., Aboulian, A., & Shekherdimian, S. (2023). Colorectal Cancer: A Systematic Review of the Current Situation and Screening in North and Central Asian Countries. *Cureus, 15(1), e33424.*
- Gibson C. H. (1991). A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing, 16(3), 354–361.*
- Gibson C. H. (1995). The process of empowerment in mothers of chronically ill children. *Journal of Advanced Nursing, 21(6), 1201–1210.*
- Guo, F., Li, L., Jiang, H. et al. (2024). Effectiveness of a family empowerment program on caregiving capacity and adverse mood in caregivers of children with acute leukemia: a quasi-experimental study. *BMC Nursing, 23(307).*
- Nysaeter, T. M., Olsson, C., Sandsdalen, T. et al. (2024). Family caregivers' preferences for support when caring for a family member with cancer in late palliative phase who wish to die at home – a grounded theory study. *BMC Palliative Care, 23(15).*
- Ruland, C. M. & Moore, S. M. (1998). Theory construction based on standards of care: A proposed theory of the peaceful end of life. *Nursing Outlook, 46, 169-175.*
- Unwin, B. K., & Jerant, A. F. (1999). The home visit. *American family Physician, 60(5), 1481–1488.*
- World Health Organization. (2020). *Palliative care*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.