Family Caregivers' Concerns about End-of-Life Symptoms in Palliative Home Care for Persons with Metastatic Spinal Cancer: Lessons Learned

ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลังในการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน: ถอดบทเรียน

Apichat	Kardosod*	อภิชาติ	กาศโอสถ*
Warawan	Udomkhwamsuk**	วราวรรณ	อุดมความสุข**

Abstract

This lessons-learned academic article presents the researcher's fieldwork experiences gained from working with Thai family caregivers of persons with metastatic spinal cancer receiving palliative home care. The purpose of this article is to reflect on the researcher's learning process in qualitative research, particularly in relation to engaging with sensitive issues, building trust with participants, and positioning oneself appropriately as a researcher within a highly vulnerable context. This reflection employs a reflective approach grounded in the concepts of bracketing and ethical reflexivity to explore how the researcher learned through being present with, listening to, and accompanying participants during periods marked by loss and emotional distress. The reflect analysis highlights three key lessons: (1) confronting emotional distress arising from listening to family caregivers' narratives about end-of-life symptoms, which underscored the importance of researcher self-care; (2) learning to maintain professional boundaries while practicing empathy through deep listening, thereby creating a safe space for participants to share their experiences; and (3) interpreting caregivers' experiences through cultural and religious frameworks, which broadened the researcher's understanding of spiritual dimensions in nursing care.

This article reflects the learning journey of a qualitative researcher working with vulnerable populations and demonstrates the value of reflective practice in strengthening ethical research competencies. The lessons derived contribute to the development of nursing practices that respect human dignity within end-of-life care and palliative care contexts.

Keywords: End-of-life symptoms; Family caregivers; Lessons learned; Metastatic spinal cancer; Palliative home care

* Corresponding author, Instructor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University; e-mail: apichat.k@cmu.ac.th

** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

Received 15 September 2025; Revised 22 December 2025; Accepted 7 January 2026

บทคัดย่อ

บทความวิชาการถอดบทเรียนนี้ มุ่งนำเสนอประสบการณ์ของผู้วิจัยจากการทำงานภาคสนามกับผู้ดูแลในครอบครัวชาวไทยของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง ซึ่งได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน วัตถุประสงค์ของบทความ คือ การสะท้อนกระบวนการเรียนรู้ของผู้วิจัยในงานวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการเผชิญกับประเด็นอ่อนไหวในภาคสนาม การสร้างความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล และการวางตัวของนักวิจัยในบริบทที่มีความเปราะบาง การถอดบทเรียนครั้งนี้ใช้แนวทางการสะท้อนคิด ภายใต้กรอบแนวคิดเรื่องการยั้งคิดของอคติและการตระหนักรู้ตนเองเชิงจริยธรรม เพื่อสำรวจว่าผู้วิจัยเรียนรู้อย่างไรจากการอยู่ร่วมและรับฟังผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เต็มไปด้วยความสูญเสีย ผลของการสะท้อนชี้ให้เห็นสามประเด็นสำคัญ ได้แก่ (1) การเผชิญกับอารมณ์สะเทือนใจจากการรับฟังเรื่องราวของผู้ดูแลในครอบครัวเกี่ยวกับอาการระยะท้ายของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงความจำเป็นของการดูแลจิตใจตนเอง (2) การเรียนรู้การรักษาขอบเขตความเป็นมืออาชีพควบคู่กับความเห็นอกเห็นใจผ่านการฝึกฟังอย่างลึกซึ้งเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกปลอดภัย และ (3) การตีความประสบการณ์ด้วยกรอบวัฒนธรรมและศาสนาของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งช่วยขยายความเข้าใจเชิงจิตวิญญาณในงานพยาบาล

บทความนี้ สะท้อนการเรียนรู้ของนักวิจัยเชิงคุณภาพที่ทำงานกับกลุ่มเปราะบาง และชี้ให้เห็นคุณค่าของการถอดบทเรียนเชิงสะท้อนต่อการพัฒนาทักษะการวิจัยเชิงจริยธรรม รวมถึงการสร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่เคารพต่อความเป็นมนุษย์ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และในบริบทของการดูแลแบบประคับประคอง

คำสำคัญ: อาการระยะท้าย ผู้ดูแลในครอบครัว การถอดบทเรียน มะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

* ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail: apichat.k@cmu.ac.th
** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วันที่รับบทความ 15 กันยายน 2568 วันที่แก้ไขบทความ 22 ธันวาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 7 มกราคม 2569

บทนำ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิต ถือเป็นความท้าทายที่สำคัญของระบบสุขภาพทั่วโลก (Brant & Silbermann, 2021) โดยคาดว่าจะมีผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั่วโลกสูงถึงประมาณ 20 ล้านราย ในปี ค.ศ. 2030 (World Health Organization (WHO), 2022) รวมถึงประเทศไทยที่มีผู้ได้รับการวินิจฉัยมะเร็งกว่า 140,000 รายต่อปี (International Agency for Research on Cancer, 2024) จากจำนวนผู้ป่วยมะเร็งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และผู้ป่วยจำนวนมากมักได้รับการวินิจฉัยเมื่อเข้าสู่ในระยะลุกลาม ทำให้การรักษาเชิงหายขาดเป็นไปได้ยาก (Siegel et al., 2023) การดูแลแบบประคับประคอง (palliative care) จึงมีบทบาทสำคัญในการเสริมคุณภาพชีวิต ลดความทุกข์ทรมาน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายด้วยศักดิ์ศรีและความหมายของการเป็นมนุษย์ (Sailian et al., 2024)

ในบริบทของประเทศไทย การดูแลที่บ้านเป็นทางเลือกที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด (Mulati et al., 2024) ผู้ป่วยสามารถแสดงความปรารถนาที่จะใช้ชีวิตในช่วงสุดท้ายภายในบ้าน ท่ามกลางคนที่รักและสิ่งแวดล้อมที่คุ้นเคยมากกว่าการเสียชีวิตในโรงพยาบาล (Lin & Chu, 2025) ดังนั้นการจัดบริการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านจึงไม่เพียงแต่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย หากยังเป็นการลดภาระของระบบบริการสุขภาพ และสร้างคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้นให้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัว (Akdeniz et al., 2021)

ผู้ดูแลในครอบครัว (family caregivers) ส่วนใหญ่ ได้แก่ คู่สมรส บุตรหลาน และญาติใกล้ชิด ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการดูแลอาการ และจัดการชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในระยะสุดท้าย ความสัมพันธ์ที่แตกต่างกันนี้ส่งผลต่อรูปแบบของความกังวล และวิธีเผชิญกับปัญหาอย่างหลากหลาย เพราะผู้ดูแลในครอบครัวเหล่านี้ เป็นกำลังหลักในการสนับสนุนผู้ป่วยที่บ้าน (Akkadechanunt & Phornphibul, 2018) โดยทำหน้าที่ทั้งการจัดการยาและอุปกรณ์ทางการแพทย์ การเฝ้าสังเกตและตอบสนองต่ออาการเฉียบพลัน การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน และการประคับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วย (Pan & Wang, 2025)

การทำหน้าที่เหล่านี้สร้างภาระหนักทั้งทางกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่ผู้ดูแลในครอบครัว (Kardosod et al., 2023) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของอาการที่เกิดกับผู้ป่วย เช่น อาการปวดที่ควบคุมไม่ได้ อาการหายใจลำบาก การเปลี่ยนแปลงของสภาวะจิตใจและพฤติกรรมผู้ป่วย ตลอดจนสัญญาณใกล้เสียชีวิต ซึ่งไม่เพียงก่อให้เกิดความกังวล แต่ยังสร้างแรงกดดันทางอารมณ์อย่างรุนแรง (Arcadi et al., 2025) บทบาทที่ซับซ้อนนี้จึงไม่ใช่เพียงภารกิจทางการพยาบาล แต่เป็นการเผชิญหน้ากับความตายโดยตรง ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นที่ระบบสุขภาพต้องให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง

การทำงานภาคสนามกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต ยังเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ท้าทายสำหรับนักวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่งต้องอาศัยทั้งความไวต่อประเด็นอ่อนไหว ความเข้าใจในวัฒนธรรม และการดูแลจิตใจตนเองระหว่างการสัมภาษณ์ในกลุ่มเปราะบาง (Dickson-Swift et al., 2009) ในบริบทนี้ นักวิจัยไม่ได้เป็นเพียงผู้เก็บข้อมูล แต่ยังเป็นเครื่องมือของการวิจัย (researcher as instrument) ที่ต้องตระหนักถึงอคติ ความเชื่อ และอารมณ์ของตนเองระหว่างกระบวนการเก็บข้อมูล (Corbin & Strauss, 2015) แนวคิดการยั้งคิดของอคติ (bracketing) และการสะท้อนคิดเชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) จึงเป็นแนวทางสำคัญในการคงไว้ซึ่งความเป็นกลางทางจิตใจ พร้อมทั้งรักษาความเห็นอกเห็นใจต่อผู้ให้ข้อมูลอย่างมีขอบเขต (bounded empathy)

บทความนี้ เป็นการถอดบทเรียนจากงานวิจัยเชิงคุณภาพ (descriptive qualitative study) ที่ผู้วิจัยได้ดำเนินการกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง ซึ่งได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ในประเทศไทย การวิจัยดังกล่าวใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการวิเคราะห์เชิงอุปนัย (inductive thematic analysis) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ ความกังวล และกลยุทธ์การเผชิญปัญหาของผู้ดูแลในครอบครัว โดยมิได้มุ่งรายงานผลการวิจัยเชิงประจักษ์ หากเป็นการสะท้อนประสบการณ์ของผู้วิจัยเองต่อ

การทำงานภาคสนาม การสร้างความไว้วางใจกับครอบครัว การรับฟังเสียงที่เปราะบาง และการจัดการกับผลกระทบทางอารมณ์ในฐานะนักวิจัย การเขียนถอดบทเรียนเช่นนี้จึงไม่เพียงเป็นการถ่ายทอดข้อมูล แต่ยังสะท้อนความหมายที่ได้จากการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครับกับสถานการณ์จริง ซึ่งสามารถนำไปสู่การพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลที่ตอบสนองต่อผู้ป่วยและครอบครัวได้ดียิ่งขึ้น (Grant et al., 2025) กระบวนการวิเคราะห์นี้ยังตั้งอยู่บนกรอบแนวคิด Family Systems Theory และ Transactional Model of Stress and Coping ซึ่งอธิบายความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญปัญหา และปฏิสัมพันธ์ระหว่างของผู้ดูแลในครอบครัวกับผู้ป่วยภายในระบบครอบครัว ทำให้การถอดบทเรียนสะท้อนทั้งมิติทางอารมณ์ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณของการดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิต

วัตถุประสงค์หลักของบทความนี้ คือ การถ่ายทอดสิ่งที่ผู้วิจัยได้เรียนรู้จากการทำงานภาคสนามกับผู้ดูแลในครอบครัวของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง โดยเน้นความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของชีวิต อาทิเช่น ความปวด การหายใจลำบาก ความกลัวต่อวาระสุดท้าย และความไม่มั่นใจในการดูแลอาการต่าง ๆ ที่บ้าน นอกจากนี้ ยังสะท้อนถึงการตีความอาการผ่านบริบทของวัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนา รวมถึงประสบการณ์ส่วนตัวของผู้วิจัยที่ต้องเผชิญกับเรื่องราวสะเทือนใจในหว่างที่เข้ารับการบอกเล่าเรื่องราวของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่บ้าน

บทเรียนจากภาคสนาม

บทเรียนจากภาคสนามในบทความนี้มุ่งสะท้อนการเรียนรู้ของผู้วิจัย และการถอดบทเรียนเชิงสะท้อนจากประสบการณ์ของผู้วิจัยในฐานะนักวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมุ่งเน้นประเด็นความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้าย การตีความประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว การสะท้อนคิดของผู้วิจัย กรณีตัวแทนเพื่อสะท้อนสถานการณ์ การตีความเชิงสะท้อนจากกรณีตัวแทน และบทเรียนที่ได้จากเคสตัวแทน ซึ่งมีความสำคัญต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในบริบทสังคมไทย

ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้าย

ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง คือ การที่ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับอาการที่รุนแรงและไม่สามารถคาดเดาได้ซึ่งเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลเกิดความหวาดกลัว ความไม่มั่นใจ และความเครียดสะสม ความกังวลเหล่านี้ไม่ได้เป็นเพียงภาวะทางอารมณ์ แต่ยังมีผลต่อการตัดสินใจในการดูแล และการขอความช่วยเหลือจากบุคลากรทางสุขภาพ ในฐานะนักวิจัยเชิงคุณภาพผู้เขียนได้ตระหนักว่า ความกังวลเหล่านี้มิได้เป็นเพียงข้อมูลเชิงปรากฏการณ์ หากแต่เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ร่วม ที่ส่งผลต่อผู้วิจัยเองในขณะฟังและอยู่ร่วมกับเรื่องราวเหล่านั้น กระบวนการสะท้อนคิด (reflexive process) จึงกลายเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถยั้งคิดของอคติ (bracketing) และเข้าใจขอบเขตระหว่างความเห็นอกเห็นใจ (empathy) กับการรักษาความเป็นกลางทางวิชาการ (objectivity) ได้อย่างเหมาะสม อาการในระยะสุดท้ายของผู้ป่วยที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัววิตกกังวล ได้แก่

1. ความปวดที่ควบคุมไม่ได้: ความเจ็บปวดเป็นอาการที่ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมักเผชิญ และมักเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดความกังวลแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ผู้ดูแลในครอบครัวหลายคนสะท้อนถึงความรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะปวดเกินกว่าจะทนได้ หรือไม่แน่ใจว่าจะให้ยาอย่างไรถึงจะถูกต้อง แม้ว่าจะได้รับคำแนะนำจากพยาบาลแล้วก็ตาม ความไม่มั่นใจนี้บางครั้งนำไปสู่ความลังเลในการให้ยาแก้ปวด หรือการเพิ่มขนาดยาตามที่แพทย์แนะนำ ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานโดยไม่จำเป็น (Kwon, 2014) การขาดความรู้และทักษะด้านการจัดการอาการปวดจึงเป็นแรงกดดันสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่าตนเองไม่เพียงพอในบทบาทการดูแล ผู้วิจัยต้องเผชิญกับความขัดแย้งในใจเพื่อเข้าไปช่วยแก้ปัญหาในการบรรเทาอาการปวด แต่ต้องใช้การสะท้อนคิด

เชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) เพื่อควบคุมอารมณ์และคงไว้ซึ่งบทบาทของผู้ฟังที่เข้าใจโดยไม่ล้ำเส้นของการดูแลทางคลินิก

2. อาการหายใจลำบาก: อาการหายใจลำบาก (dyspnea) เป็นอีกหนึ่งอาการที่สร้างความหวาดหวั่นอย่างมากแก่ผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากเป็นอาการที่ผู้ดูแลในครอบครัวรับรู้ได้โดยตรง และมักสัมพันธ์กับความรู้สึกใกล้ตาย ผู้ดูแลในครอบครัวบางคนเล่าว่าทุกครั้งที่เห็นผู้ป่วยหายใจไม่ออก ใจเหมือนจะหยุดเต้นไปด้วย และนี่ไม่แน่ใจว่าจะเป็นอาการสุดท้ายที่แสดงถึงความตายของผู้ป่วยหรือไม่ความวิตกกังวลจากภาวะดังกล่าว ทำให้หลายครอบครัวเรียกร้องการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์บ่อยขึ้น หรือมีความต้องการที่จะโทรหาพยาบาลเพื่อขอคำแนะนำทันที อาการหายใจลำบากไม่เพียงสร้างความทุกข์แก่ผู้ป่วย แต่ยังเป็นตัวกระตุ้นความเครียดเรื้อรังของผู้ดูแลในครอบครัว ที่ทำให้รู้สึกอยู่ในภาวะฉุกเฉินตลอดเวลา และไม่สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองได้อย่างทันที (Samerchua et al., 2019) เหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ผู้วิจัยเรียนรู้ว่าการฟังเชิงลึก (deep listening) ไม่ได้หมายถึงการรับข้อมูล แต่คือการอยู่ร่วมในภาวะความเปราะบาง โดยต้องตระหนักถึงอารมณ์ของตนเองและของผู้ให้ข้อมูลในขณะเดียวกัน

3. ความกลัวต่อวาระสุดท้าย: ผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนถึงความกลัวที่ไม่เพียงเกี่ยวข้องกับอาการทางกายของผู้ป่วย แต่รวมถึงการต้องเผชิญหน้ากับความตายของคนที่รัก ความกลัวนี้แสดงออกในรูปแบบของความกังวลว่าจะดูแลได้ไม่ดีพอ หรือไม่สามารถตอบสนองความต้องการสุดท้ายของผู้ป่วยได้ ความรู้สึกเช่นนี้ สอดคล้องกับแนวคิดการตั้งคำถามเกี่ยวกับความหมายของชีวิต (existential distress) ซึ่งเป็นภาวะความทุกข์ทางอารมณ์และจิตใจที่เกิดจากการตั้งคำถามเกี่ยวกับความหมายของการมีชีวิต ความตาย การอยู่โดดเดี่ยว สูญเสียศักดิ์ศรี และการขาดการควบคุมในชีวิต ที่มักเกิดขึ้นในบริบทของการดูแลระยะสุดท้าย (Kissane, 2012) นอกจากนี้ ความกลัวต่อวาระสุดท้ายยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในตนเองของผู้ดูแลในครอบครัว ซึ่งบางครั้งนำไปสู่ความรู้สึกผิดหรือความเศร้าสะสม ในช่วงเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลเล่าถึงความสูญเสีย ผู้วิจัยรู้สึกถึงความเศร้าและความกลัวที่เกิดขึ้นในตนเอง การสังเกตปฏิกิริยาภายในนี้กลายเป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้การอยู่ร่วมกับความตายอย่างมีสติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของการวิจัยเชิงจิตตปัญญา (contemplative qualitative inquiry)

4. ความไม่มั่นใจในการให้การพยาบาลเบื้องต้น: แม้ว่าผู้ดูแลในครอบครัวหลายคนจะได้รับคำแนะนำจากทีมสุขภาพ แต่เมื่อเผชิญกับสถานการณ์จริง เช่น การทำแผลกดทับ การให้ออกซิเจน การกายภาพบำบัดเบื้องต้น หรือการป้อนยา ผู้ดูแลในครอบครัวกลับรู้สึกไม่มั่นใจในทักษะของตนเอง หลายคนเกรงว่าจะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดมากขึ้น หรือกังวลว่าจะทำผิดพลาดจนเป็นอันตราย ความรู้สึกเหล่านี้สะท้อนถึงความจำเป็นของการสนับสนุนทางการศึกษา และการติดตามอย่างต่อเนื่องจากทีมพยาบาล เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ของผู้ดูแลในครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Hudson et al., 2015) ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า ความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนถึงความจำเป็นของการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน ไม่เพียงแต่ในผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังรวมถึงนักวิจัยเอง ที่ต้องมั่นใจในขอบเขตบทบาทของตนเมื่อเผชิญสถานการณ์เปราะบาง

โดยรวมแล้ว บทเรียนจากภาคสนามนี้ช่วยให้ผู้วิจัยตระหนักว่า การทำงานกับกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยความตระหนักรู้ตนเองเชิงจริยธรรม (ethical self-awareness) อย่างต่อเนื่องเพื่อไม่ให้การมีอารมณ์ร่วมกลายเป็นอุปสรรคต่อการเก็บข้อมูล แต่กลับเป็นเครื่องมือในการเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวในระดับที่ลึกและจริงใจยิ่งขึ้น

การตีความประสบกาณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว

การตีความประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้ายของผู้ป่วย ไม่ได้สะท้อนเพียงความทุกข์หรือความกังวลในเชิงปฏิบัติเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึง ความหมายเชิงลึก ที่ผู้ดูแลในครอบครัวผูกโยงกับ

ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น ประสบการณ์เหล่านี้มีรากฐานมาจากกรอบความคิดทางด้านวัฒนธรรม ความเชื่อทางศาสนา และค่านิยมของครอบครัว ซึ่งหล่อหลอมให้ผู้ดูแลในครอบครัวมองอาการของผู้ป่วยในรูปแบบที่แตกต่างจากการตีความเชิงการแพทย์อย่างสิ้นเชิง การทำความเข้าใจความหมายเหล่านี้ จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถดูแลผู้ดูแลในครอบครัว และผู้ป่วยได้อย่างสอดคล้องกับบริบทชีวิตของพวกเขา ในฐานะนักวิจัยเชิงคุณภาพ ผู้เขียนตระหนักว่าการทำความเข้าใจความหมายของประสบการณ์ มิได้เกิดจากการเก็บข้อมูลเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากการอยู่ร่วมกับผู้ให้ข้อมูลในช่วงเวลาที่เต็มไปด้วยความรู้สึกและความสูญเสีย การใช้กระบวนการสะท้อนคิด (reflexivity) และการยั้งคิดของอคติ (bracketing) ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถฟังอย่างเปิดใจโดยไม่ตัดสิน พร้อมทั้งเข้าใจมิติทางจิตวิญญาณและวัฒนธรรมที่หล่อหลอมความหมายของอาการระยะสุดท้ายได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

1. ผู้ดูแลมองอาการของผู้ป่วยเป็นสัญญาณความตาย: ผู้ดูแลในครอบครัวสะท้อนว่าอาการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในระยะสุดท้าย ไม่ว่าจะเป็นอาการปวดที่ควบคุมได้ยาก การหายใจที่ติดขัด หรือการเปลี่ยนแปลงของสติสัมปชัญญะของผู้ป่วย ถูกมองว่าเป็นสัญญาณบ่งบอกว่าความตายใกล้เข้ามา การรับรู้เช่นนี้ ทำให้ทุกครั้งที่เกิดอาการ ผู้ดูแลครอบครัวไม่ได้มองเพียงว่าเป็นภาวะที่ต้องจัดการทางกายภาพ แต่ยังเป็นการเผชิญหน้ากับวาระสุดท้ายของชีวิตโดยตรง (Samerchua et al., 2019) ผู้วิจัยในฐานะเครื่องมือของการวิจัย (researcher as instrument) ต้องใช้การสังเกตภายในตนเอง เพื่อไม่ให้ความกลัวหรือความเศร้าของตนบดบังการรับฟังประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัว การยั้งคิดของอคติ (bracketing) จึงเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ผู้วิจัยคงไว้ซึ่งความเป็นกลางและเคารพต่อความหมายของผู้ให้ข้อมูลอย่างแท้จริง

ในบางกรณี ผู้ดูแลในครอบครัวตีความอาการเหล่านี้เป็นสัญญาณเตือน ที่ตนเองต้องเตรียมใจ เตรียมครอบครัว หรือแม้กระทั่งเตรียมพิธีกรรมทางศาสนาเพื่อรองรับการจากไปของผู้ป่วย การเชื่อมโยงอาการกับความหมายเชิงจิตวิญญาณเช่นนี้ สะท้อนถึงกระบวนการ anticipatory grief หรือการโศกเศร้าล่วงหน้า ที่ผู้ดูแลในครอบครัวเริ่มเผชิญก่อนที่การสูญเสียจะเกิดขึ้นจริง (Bilić et al., 2022)

2. วัฒนธรรม และความเชื่อทางศาสนามีอิทธิพลต่อการตีความอาการของผู้ดูแลในครอบครัว: ในสังคมไทย ความเชื่อทางศาสนาพุทธ และค่านิยมครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อการตีความอาการของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายเชื่อว่าอาการทรมาน เช่น ปวดมากหรือการหายใจลำบาก เป็นผลมาจากกรรมเก่าหรือเวร-กรรมที่ผูกไว้กับชาติที่ผ่านมา ที่ผู้ป่วยต้องชดใช้ก่อนจากไป ความเชื่อเช่นนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก คือ ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวยอมรับสถานการณ์ได้มากขึ้น มองว่าเป็นวิถีธรรมชาติของชีวิต แต่ด้านลบ คือ อาจทำให้บางครอบครัวลังเลที่จะใช้มาตรการบรรเทาความเจ็บปวดขั้นสูง เพราะมองว่าการเจ็บปวดเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ (Arcadi et al., 2025) นอกจากนี้ยังมีความเชื่อว่า การตายอย่างสงบที่บ้าน ถือเป็นการปิดฉากชีวิตที่ดีที่สุดและเป็นกุศล ผู้ดูแลในครอบครัวจึงพยายามตีความอาการต่าง ๆ ในฐานะสัญญาณของการเดินทางไปสู่ภพใหม่ การตีความในลักษณะนี้สะท้อนให้เห็นว่า อาการระยะสุดท้ายไม่ได้เป็นเพียงปัญหาทางการแพทย์ แต่เป็นประสบการณ์เชิงจิตวิญญาณและวัฒนธรรม ที่ครอบครัวต้องเผชิญและจัดการร่วมกัน

ในระหว่างกระบวนการตีความข้อมูล ผู้วิจัยใช้บันทึกสะท้อน (reflective journaling) เพื่อเฝ้าสังเกตอารมณ์ ความคิด และอคติของตนเอง การบันทึกนี้ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่าการตีความของผู้ดูแลในครอบครัวมิได้มีเพียงมิติศาสนาเท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการเยียวยาทางใจ ที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้ทำความเข้าใจกับการสูญเสียอย่างค่อยเป็นค่อยไป

ความหมายที่ผู้ดูแลในครอบครัวมอบให้อาการของผู้ป่วยระยะสุดท้าย แสดงให้เห็นว่าการดูแลไม่อาจพิจารณาเฉพาะมิติทางการแพทย์ แต่ต้องครอบคลุมถึงมิติทางอารมณ์ วัฒนธรรม และจิตวิญญาณด้วย การถอดบทเรียนนี้ตอกย้ำว่า พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจกรอบความคิดของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อออกแบบ

การดูแลที่ทั้งเหมาะสมทางการแพทย์ และสอดคล้องกับคุณค่าชีวิตและความเชื่อของครอบครัวไปพร้อมกัน นอกจากนี้ กระบวนการถอดบทเรียนยังช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า ความหมายที่ผู้ดูแลในครอบครัวสร้างขึ้นไม่เพียงสะท้อนโลกทัศน์ของครอบครัวเท่านั้น แต่ยังเป็นกระจกสะท้อนให้ผู้วิจัยได้มองเห็นความเชื่อ ความกลัว และค่านิยมภายในตนเอง การตระหนักรู้นี้เป็นหัวใจของการวิจัยเชิงคุณภาพที่ให้คุณค่ากับความเป็นมนุษย์ของทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยเอง

การสะท้อนคิดของผู้วิจัย

การทำวิจัยกับผู้ดูแลในครอบครัวในบริบทของการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ไม่เพียงเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นประสบการณ์การเรียนรู้ส่วนบุคคลของผู้วิจัยเอง ที่ต้องเผชิญกับอารมณ์ความเศร้า และความท้าทายทางจิตใจอย่างลึกซึ้ง ภายใต้แนวคิดนักวิจัยในฐานะเครื่องมือของการวิจัย (researcher as instrument) ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่าความเข้าใจในตนเอง (self-awareness) เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้สามารถแยกแยะระหว่างอารมณ์ส่วนตัวกับความเป็นกลางทางวิชาการได้อย่างเหมาะสม การถอดบทเรียนในส่วนนี้จึงเน้นการสะท้อนของผู้วิจัยที่ไม่เพียงแต่เรียนรู้เกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังเรียนรู้เกี่ยวกับตนเองในฐานะนักวิจัยและพยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยและญาติ โดยรายละเอียดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องราวการสะท้อนคิดประกอบด้วยรายละเอียด ดังต่อไปนี้ คือ

1. การเผชิญกับเรื่องราวสะเทือนใจ: ผู้วิจัยได้เผชิญกับคำบอกเล่า และประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลในครอบครัวที่เต็มไปด้วยความทุกข์ ความเหนื่อยล้า และความหวาดกลัว การฟังซ้ำ ๆ ถึงเรื่องราวการเฝ้ามองผู้ป่วยที่ปวดทรมานหรือการหายใจลำบาก ทำให้ผู้วิจัยรู้สึกสะเทือนใจและบางครั้งมีอารมณ์ร่วมจนเกิดความเศร้า สิ่งนี้สะท้อนให้เห็นว่านักวิจัยเชิงคุณภาพมิใช่เพียงผู้เก็บข้อมูล แต่เป็นผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในโลกอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Dickson-Swift et al., 2009) ผู้วิจัยจึงใช้การสะท้อนคิดเชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) และเทคนิคการยั้งคิดของอคติ (bracketing) เพื่อระงับอารมณ์และตระหนักถึงขอบเขตความเป็นกลางของตนเองระหว่างกระบวนการฟังเชิงลึก

2. วิธีที่ผู้วิจัยใช้ในการประคับประคองตนเอง: เพื่อให้เกิดการจัดการกับภาวะสะเทือนใจ ผู้วิจัยได้พัฒนากลยุทธ์การดูแลตนเอง (self-care strategies) เช่น การเขียนบันทึกสะท้อนความรู้สึกหลังการสัมภาษณ์ การแลกเปลี่ยนกับที่ปรึกษาวิจัย และการใช้เทคนิคการผ่อนคลายเพื่อฟื้นฟูสมดุลทางอารมณ์ การมีระบบสนับสนุนจากอาจารย์ที่ปรึกษา และเพื่อนนักวิจัย ช่วยให้ผู้วิจัยสามารถปรับมุมมองและกลับเข้าสู่ความเป็นกลางได้เร็วขึ้น แนวทางเหล่านี้สอดคล้องกับข้อเสนอแนะในวรรณกรรมที่ชี้ว่า นักวิจัยที่ทำงานกับกลุ่มเปราะบางควรมีการจัดการกับกลไก (mechanism) ของการดูแลจิตใจและการกำกับดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต (supervision) เพื่อป้องกันความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional fatigue) และภาวะหมดไฟ (burnout) (Bond et al., 2025) การดูแลตนเองเช่นนี้เป็นส่วนหนึ่งของความรับผิดชอบทางจริยธรรมของนักวิจัยที่ต้องรักษาสุขภาวะทางอารมณ์ของตนเองควบคู่ไปกับความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล

3. บทเรียนในการฟังอย่างลึกซึ้งและการรักษาขอบเขตความเป็นมืออาชีพ: แม้ว่าการฟังเรื่องราวของผู้ดูแลในครอบครัวจะกระตุ้นอารมณ์ส่วนตัว แต่ผู้วิจัยได้เรียนรู้ถึงความสำคัญของการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) ซึ่งไม่ใช่เพียงการรับข้อมูลเชิงถ้อยคำ แต่เป็นการเปิดพื้นที่ให้ผู้ให้ข้อมูลรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับและได้รับเกียรติ การฟังเช่นนี้ทำให้ผู้วิจัยได้เข้าใจโลกทัศน์ของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างแท้จริง อย่างไรก็ตาม ผู้วิจัยยังต้องเรียนรู้การรักษาขอบเขตความเป็นมืออาชีพ ไม่ปล่อยให้อารมณ์ส่วนตัวครอบงำการทำวิจัยจนขาดความเป็นกลาง แนวคิด bounded empathy ถูกนำมาใช้เพื่อสร้างสมดุลระหว่างความเห็นอกเห็นใจกับการคงไว้ซึ่งระยะทางทางวิชาชีพ (professional distance) การรักษาสมดุลระหว่างความเห็นอกเห็นใจ (empathy) และ

ความเป็นมืออาชีพ (professionalism) เป็นบทเรียนสำคัญที่เสริมสร้างทั้งทักษะทางการวิจัย และทักษะทางพยาบาล (Corbin & Morse, 2003)

เมื่อพิจารณาผ่านกรอบการสะท้อนคิดเชิงคุณภาพ บทเรียนทั้งสามนี้สะท้อนให้เห็นถึงกระบวนการเรียนรู้ของนักวิจัยที่ค่อย ๆ พัฒนาความตระหนักรู้ทางอารมณ์และจริยธรรม (emotional and ethical self-awareness) ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญของการทำงานกับกลุ่มเปราะบางในงานวิจัยพยาบาล การถอดบทเรียนนี้ไม่เพียงช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวมากขึ้น แต่ยังเป็นเครื่องมือในการพัฒนาความเป็นนักวิจัยเชิงคุณภาพอย่างสมบูรณ์

กรณีตัวแทนเพื่อสะท้อนสถานการณ์ (composite case)

การวิจัยเชิงคุณภาพ โดยเฉพาะเมื่อทำงานกับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การนำเสนอข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลจริงอาจมีข้อจำกัดด้านจริยธรรม เนื่องจากอาจนำไปสู่การเปิดเผยข้อมูลส่วนบุคคลโดยไม่ตั้งใจ แม้ว่าจะมีการปกปิดชื่อหรือตัวตนแล้วก็ตาม (Kaiser, 2009) ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกใช้แนวทางกรณีตัวแทน (composite case) ซึ่งเป็นการสังเคราะห์ข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายราย รวมเข้าด้วยกันเพื่อสร้างภาพแทนของการเสนอข้อมูล ของประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงโดยไม่ระบุตัวตน วิธีการนี้ช่วยให้สามารถนำเสนอประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวอย่างลึกซึ้ง และเคารพต่อศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล ขณะเดียวกันก็สะท้อนถึงการเรียนรู้ของผู้วิจัยในฐานะผู้เฝ้ามอง และผู้รับฟังที่อยู่ร่วมในความเปราะบางของชีวิตมนุษย์

เคสตัวแทนจากข้อมูลจริง

กรณีตัวแทน: คุณเอ (นามสมมุติ)

คุณเอ หญิงวัย 48 ปี ทำหน้าที่ดูแลสามีที่ป่วยด้วยมะเร็งกระดูกสันหลังลุกลามมานานกว่าแปดเดือน สามีของเธอไม่สามารถลุกเดินได้และมีอาการปวดรุนแรง ต้องพึ่งยาแก้ปวดชนิดรุนแรง เธอเป็นผู้ดูแลในครอบครัวหลักที่อยู่กับเขาเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ขณะเล่าประสบการณ์ คุณเอพูดช้า เสียงสั่น และน้ำตาคลอ เธอกล่าวว่า

"บางคืนเขาร้องเจ็บจนเราไม่รู้จะทำยังไง... กอดไว้แล้วก็สวดมนต์ ขอให้เขาไม่ทรมาน ขอให้หมดกรรมเร็ว ๆ แต่พอคิดว่าถ้าเขาจากไปจริง ๆ ใจก็หาย เหมือนจะอยู่คนเดียวไม่ได้..."

คำพูดของเธอสะท้อนถึง ความขัดแย้งภายในระหว่างความรัก ความเมตตา และการยอมรับความตาย ซึ่งเป็นลักษณะทั่วไปของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะท้าย ผู้วิจัยในฐานะผู้ฟังรู้สึกถึงความหนักอึ้งของบรรยากาศ และตระหนักว่าการฟังเรื่องราวเช่นนี้ต้องอาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง (deep listening) และการยั้งคิดของอคติ (bracketing) เพื่อให้เข้าใจสิ่งที่ผู้ให้ข้อมูลต้องการสื่อโดยไม่เร่งเร้าหรือพยายามปลอบโยนเกินขอบเขตของการวิจัย

ในอีกตอนหนึ่ง คุณเอเล่าว่า หลังจากแพทย์แจ้งว่าผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้าย เธอรู้สึกเหมือนทุกลมหายใจ คือการนับถอยหลัง เธอเริ่มเตรียมใจด้วยการนิมนต์พระมาสวดมนต์ และจัดเตรียมผ้าขาวไว้ข้างเตียง เพื่อใช้ห่อร่างกายหลังจากสิ้นลม เธอกล่าวอย่างสงบว่า

"เราอยากให้เขาไปดี อยู่ที่บ้านนี่แหละ เขาจะได้ไม่กลัว ไม่ต้องไปเจ็บในโรงพยาบาล..."

ผู้วิจัยรับรู้ถึงมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาที่หล่อหลอมการตัดสินใจของผู้ดูแลในครอบครัว ความเชื่อเรื่องการตายดี (good death) ในบ้านของตนเองสะท้อนค่านิยมแบบพุทธและความผูกพันในครอบครัวที่ลึกซึ้ง การอยู่ร่วมกันในช่วงเวลานี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า การดูแลระยะสุดท้ายมิใช่เพียงการบรรเทาอาการทางกาย แต่คือ กระบวนการทางจิตวิญญาณของครอบครัวในการเรียนรู้การปล่อยวาง เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต คุณเอกล่าวว่า เธอรู้สึก "โล่งแต่ก็ว่าง" น้ำเสียงเธอสงบแต่เปี่ยมด้วยความคิดถึง เธอกล่าวว่า

"ตอนเขาหยุดหายใจ เราก็จับมือไว้แน่น ไม่ร้อง ไม่กลัว รู้สึกว่าเขาไปสบายแล้ว เหมือนเราได้ส่งเขาไปเองด้วยใจ..."

ในขณะบันทึกข้อมูล ผู้วิจัยรู้สึกถึงความอิ่มเอิบและความสงบที่เกิดขึ้นร่วมกับผู้ให้ข้อมูล ประสบการณ์นี้ทำให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า การสะท้อนคิดเชิงจิตตปัญญา (contemplative reflection) สามารถเกิดขึ้นได้แม้อยู่ในบริบทของความสูญเสีย เพราะการฟังอย่างเปิดใจช่วยให้ผู้วิจัยสัมผัสถึงความหมายของชีวิตและความตายในมิติที่ลึกซึ้งกว่าเดิม

การตีความเชิงสะท้อนจากกรณีตัวแทน

กรณีของคุณเอเป็นตัวแทนของผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากที่ต้องต่อสู้กับความกลัว ความไม่แน่นอน และความเหน็ดเหนื่อยทางอารมณ์ในระยะท้ายของชีวิตคนที่รัก ผู้วิจัยตระหนักว่าการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในบริบทเช่นนี้ เป็นกระบวนการที่ทั้งละเอียดอ่อนและมีมิติทางจิตใจสูง จำเป็นต้องใช้ความตระหนักรู้ตนเองเชิงจริยธรรม (ethical self-awareness) อย่างต่อเนื่อง เพื่อรักษาขอบเขตและเคารพความเปราะบางของผู้ให้ข้อมูล

ในอีกด้านหนึ่ง การทำงานร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวยังเป็นกระจกสะท้อนให้ผู้วิจัยเข้าใจความกลัว และความเชื่อของตนเองเกี่ยวกับความตายมากขึ้น ประสบการณ์ภาคสนามจึงไม่เพียงถ่ายทอดความเข้าใจของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังช่วยให้ผู้วิจัยเรียนรู้การอยู่กับความสูญเสียด้วยความสงบและความเมตตา ซึ่งถือเป็นรากฐานของการพยาบาลแบบประคับประคองอย่างแท้จริง แม้เคสตัวแทนนี้จะเป็นการสังเคราะห์จากผู้ดูแลในครอบครัวหลายกลุ่ม แต่ผู้วิจัยได้ใช้แนวทางการสังเคราะห์ที่มีขอบเขต (bounded synthesis) เพื่อรักษาความถูกต้องของประสบการณ์แต่ละกลุ่มสัมพันธ์ เช่น คู่สมรส บุตร หรือญาติใกล้ชิด โดยเน้นประเด็นร่วมที่เกิดซ้ำในกลุ่มต่าง ๆ เพื่อสะท้อนภาพรวมอย่างสมดุลระหว่างความลึกและความกว้างของข้อมูล

บทเรียนที่ได้จากเคสตัวแทน

เคสตัวแทน (composite case) นี้สะท้อนถึงความเป็นจริงของผู้ดูแลในครอบครัวในหลายมิติ ซึ่งไม่เพียงแสดงให้เห็นความท้าทายของผู้ดูแลในครอบครัว แต่ยังเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้เชิงลึกเกี่ยวกับพลวัตของการดูแลระยะท้ายในบริบทครอบครัวไทย

1. มิติทางกาย: ความท้าทายในการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก

จากเคสตัวแทนสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการอาการทางกาย โดยเฉพาะอาการปวดและการหายใจลำบาก เป็นความท้าทายที่สำคัญที่สุดของผู้ดูแลในครอบครัวในระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลัง ผู้ดูแลในครอบครัวมักรู้สึกขาดความมั่นใจว่าตนเองสามารถให้การดูแลได้ถูกต้องเพียงพอหรือไม่ เช่น การให้ยาลดปวดตามแผนการรักษา การสังเกตสัญญาณการเจ็บปวดที่ซับซ้อน หรือการรับมือเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการหายใจลำบากเฉียบพลันในช่วงกลางคืน

บทเรียนที่ได้ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายไม่ควรเป็นภาระของผู้ดูแลในครอบครัวเพียงลำพัง แต่ควรมีระบบการสนับสนุนที่ช่วยเสริมสร้างทักษะและความมั่นใจของผู้ดูแล เช่น การฝึกอบรมเกี่ยวกับการใช้ยาแก้ปวดอย่างปลอดภัย การสอนทักษะการสังเกตอาการเตือน และการจัดช่องทางให้คำปรึกษากับพยาบาลหรือทีมสุขภาพอย่างทันท่วงที เพื่อให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าตนเองมีเครื่องมือ และที่พึ่งในการรับมือกับอาการเหล่านี้ ในฐานะผู้วิจัยการอยู่ร่วมกับผู้ดูแลในครอบครัวในช่วงเวลาที่พวกเขาต้องเผชิญอาการทรมานของผู้ป่วย ทำให้ตระหนักว่า ความรู้ทางพยาบาล ที่สอนในห้องเรียน ไม่เพียงพอต่อความเป็นจริงของสถานการณ์ การฟังเสียงสั่นของผู้ดูแลในครอบครัวขณะเล่าเหตุการณ์ในตอนกลางคืน เป็นการเรียนรู้เชิงลึกที่ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า การดูแลทางกาย คือ การดูแลทางใจในเวลาเดียวกัน

2. มิติทางอารมณ์: ความกลัว ความไม่มั่นใจ และการโศกเศร้าล่วงหน้า

เคสตัวแทนสะท้อนอย่างชัดเจนว่า ผู้ดูแลในครอบครัวต้องเผชิญกับแรงกดดันทางอารมณ์ที่รุนแรงและต่อเนื่อง ตลอดกระบวนการดูแลผู้ป่วยในระยะท้าย ความกลัวมักเกิดขึ้นจากการไม่สามารถควบคุมอาการของผู้ป่วยได้ เช่น การกลัวว่าจะไม่สามารถบรรเทาความเจ็บปวด หรือช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยหายใจลำบากเฉียบพลัน ความกลัวนี้ไม่เพียงสะท้อนถึงความกังวลในการดูแลเท่านั้น แต่ยังสะท้อนถึงความหวาดหวั่นในการเผชิญหน้ากับความตายที่ใกล้เข้ามาของคนที่รัก

นอกจากความกลัวแล้ว ผู้ดูแลในครอบครัวยังสะท้อนถึงความไม่มั่นใจในบทบาทของตนเอง หลายครั้งผู้ดูแลรู้สึกว่าสิ่งที่ทำอาจไม่ถูกต้องเพียงพอ หรือกลัวว่าจะทำผิดและทำให้ผู้ป่วยทรมานมากขึ้น ความรู้สึกเหล่านี้เป็นภาระทางอารมณ์ที่บั่นทอนความมั่นใจ และอาจนำไปสู่ความรู้สึกผิดหากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ซึ่งสอดคล้องกับวรรณกรรมที่ชี้ว่า ความไม่มั่นใจในตนเองของผู้ดูแลในครอบครัวมักสัมพันธ์กับระดับความเครียดและภาวะทางอารมณ์ที่สูงขึ้น (Hudson et al., 2012) อีกประเด็นที่สำคัญ คือ การโศกเศร้าล่วงหน้า (anticipatory grief) ผู้ดูแลในครอบครัวจำนวนมากยอมรับว่าทุกครั้งที่เห็นอาการทรุดลงของผู้ป่วย มักถูกตีความว่านี่อาจเป็นคืนสุดท้าย ทำให้เกิดภาวะเศร้า สูญเสีย และความรู้สึกว่างเปล่าก่อนที่การสูญเสียจริงจะเกิดขึ้น การโศกเศร้าล่วงหน้านี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบ ด้านบวก คือ ช่วยให้ผู้ดูแลมีเวลาในการปรับตัวและเตรียมใจ แต่ด้านลบ คือ อาจสร้างภาวะเศร้าและหมดแรงใจ ในการดูแลที่ยาวนานเกินไป ส่งผลต่อสุขภาวะจิตใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

บทเรียนที่ได้ คือ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่สามารถมุ่งเพียงการจัดการทางกาย แต่จำเป็นต้องมีการสนับสนุนทางอารมณ์แก่ผู้ดูแลในครอบครัวอย่างเป็นระบบ พยาบาลควรมีทักษะในการรับฟังเชิงลึก (deep listening) ให้พื้นที่สำหรับผู้ดูแลได้ระบายความกลัวและความไม่มั่นใจ รวมถึงการประเมินภาวะโศกเศร้าล่วงหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถให้การช่วยเหลือด้านจิตสังคมได้อย่างทันท่วงที บทบาทของพยาบาลในบริบทนี้ไม่เพียงจำกัดอยู่ที่การดูแลผู้ป่วย แต่ต้องทำหน้าที่เป็นผู้เอื้ออำนวย (facilitator) ในการสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ครอบครัว และชุมชน โดยเฉพาะการให้ความรู้ด้านการจัดการอาการ การรับฟังเชิงลึก (deep listening) และการส่งต่อทรัพยากรสนับสนุนเพื่อดูแลแบบองค์รวม ผู้วิจัยสะท้อนว่า การเฝ้าฟังเรื่องราวซ้ำ ๆ เกี่ยวกับความกลัวและความเศร้า ทำให้เกิดภาวะความเหนื่อยล้าทางอารมณ์ (emotional fatigue) แต่กระบวนการเขียนบันทึกสะท้อน (reflective journaling) หลังการสัมภาษณ์ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจว่า ความรู้สึกนี้เป็นส่วนหนึ่งของการเรียนรู้ ไม่ใช่จุดอ่อน การยอมรับความรู้สึกของตนเองช่วยให้ผู้วิจัยกลับมามีสมดุลทางใจและสามารถฟังผู้ให้ข้อมูลได้อย่างลึกซึ้งขึ้น

3. มิติทางสังคมและวัฒนธรรม: ความเชื่อทางศาสนาที่กำหนดวิธีตีความอาการและการเผชิญกับความตาย

เคสตัวแทนสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ดูแลในครอบครัวมิได้มองอาการของผู้ป่วยเพียงแค่มิติทางการแพทย์ แต่ยังตีความผ่านกรอบความเชื่อทางสังคมและศาสนา ที่ตนเองยึดถือ ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่กำหนดวิธีคิด การตัดสินใจ และการเผชิญหน้ากับความตายของผู้ป่วย ผู้ดูแลในครอบครัวเชื่อว่า ความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานในช่วงสุดท้าย เป็นผลของกรรมเก่าที่ผู้ป่วยต้องชดใช้ก่อนจากไป ความเชื่อเช่นนี้ช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวบางรายสามารถยอมรับสถานการณ์ได้มากขึ้น มองว่าความทุกข์ทรมานเป็นส่วนหนึ่งของเส้นทางชีวิตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ในอีกด้านหนึ่ง ความเชื่อดังกล่าวอาจทำให้บางครอบครัวลังเลที่จะใช้มาตรการบรรเทาความปวดที่มีประสิทธิภาพ เพราะมองว่าการเจ็บปวดเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรเผชิญตามวิถีกรรม (Searight & Gafford, 2005)

นอกจากนี้ ผู้ดูแลยังสะท้อนว่า การตายอย่างสงบที่บ้านถือเป็นการปิดฉากชีวิตที่ดี และเป็นการส่งผู้ป่วยไปสู่ภพใหม่อย่างมีศักดิ์ศรี ความเชื่อเช่นนี้สอดคล้องกับค่านิยมในสังคมไทยที่ให้ความสำคัญกับการจากไปท่ามกลางครอบครัวและการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา (Kongsuwan et al., 2016) ผู้ดูแลจึงพยายามตีความอาการ เช่น หายใจแรง หรือตัวเย็นลง ว่าเป็นสัญญาณของการเดินทางไปสู่วาระสุดท้าย และเตรียมการทั้งทาง

จิตใจและพิธีกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ

บทเรียนจากมิตินี้ คือ พยาบาลและทีมสุขภาพจำเป็นต้องเข้าใจว่า วัฒนธรรมและความเชื่อทางศาสนาเป็นส่วนหนึ่งของการตีความอาการ และการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย การสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัวไม่ควรจำกัดอยู่ที่การให้ความรู้ทางการแพทย์ แต่ต้องเปิดพื้นที่ให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้พูดถึงความเชื่อ ความหวัง และความหมายที่พวกเขามอบให้กับการดูแลของผู้ป่วย การดูแลที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมและวัฒนธรรมเช่นนี้ จะช่วยให้ครอบครัวรู้สึกว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนทั้งกาย ใจ และจิตวิญญาณ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาล ได้เรียนรู้ว่าการเข้าใจความเชื่อเหล่านี้ไม่ใช่เพียงการเคารพต่อวัฒนธรรมเท่านั้น แต่ยังเป็นการดูแลด้วยหัวใจ ที่สะท้อนถึงความเป็นมนุษย์ร่วมกัน การได้จินตนาการอยู่ในพื้นที่ที่ครอบครัวสวดมนต์ ส่งกลิ่นธูปเบา ๆ ขณะพูดถึงการจากไปของคนรัก ทำให้ผู้วิจัยตระหนักถึงพลังของความศรัทธาในฐานะพลังเยียวยาที่แท้จริงของการดูแลแบบประคับประคอง

การสะท้อนคิดจากการถอดบทเรียน

การถอดบทเรียนครั้งนี้สะท้อนให้เห็นว่าการอยู่ร่วมและรับฟังประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในบริบทของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มิได้เป็นเพียงการเก็บข้อมูลเพื่อการวิจัย แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะสุดท้าย เช่น อาการปวดและหายใจลำบาก เป็นประเด็นหลักที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ ฮัดสัน และคณะ (Hudson et al., 2012) ที่ชี้ว่า ความกลัวและความไม่มั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัว คือ แรงกดดันทางอารมณ์ที่สะสมต่อเนื่องในช่วงท้ายของชีวิต

1. ความกังวลต่ออาการปวดและหายใจลำบาก: อาการปวดและหายใจลำบากถูกผู้ดูแลตีความว่าเป็นสัญญาณของการจากไปทำให้เกิดความกลัวและความเครียด (Kwon, 2014) ผู้วิจัยสะท้อนว่า การฟังเรื่องราวเช่นนี้ทำให้ตระหนักถึงความสำคัญของการสื่อสารทางการพยาบาลที่ชัดเจน และการสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลในครอบครัวผ่านการสอนแบบร่วมมือ (collaborative learning) (Johnson et al., 2016) ซึ่งแตกต่างจากการดูแลเชิงสั่งการแบบดั้งเดิม การให้พื้นที่ผู้ดูแลได้เรียนรู้และซักถามจึงเป็นหัวใจสำคัญของการเสริมพลัง (empowerment) (Siriloadjanamanee et al., 2019)

2. การตีความอาการผ่านมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ: การเชื่อมโยงอาการกับความเชื่อทางศาสนา เช่น กรรมเก่า หรือการตายอย่างสงบ สะท้อนถึงความพยายามของผู้ดูแลในครอบครัวในการทำความเข้าใจกับความทุกข์ (Kissane, 2012) ผู้วิจัยได้เรียนรู้ว่า มิติทางจิตวิญญาณมิใช่เพียงกรอบความเชื่อของผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเป็นพลังเยียวยาที่ช่วยให้ครอบครัวจัดการกับความสูญเสียได้อย่างสงบ (Searight & Gafford, 2005) การยอมรับและเคารพต่อมิติความเชื่อเช่นนี้ทำให้พยาบาลสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ไว้วางใจและลดความกลัวของผู้ดูแลในครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลกระทบทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวและนักวิจัย: การสะท้อนคิดชี้ให้เห็นว่า ทั้งผู้ดูแลในครอบครัวและผู้วิจัยต่างเป็นผู้ประสบประสบการณ์ทางอารมณ์ร่วม ในกระบวนการวิจัย การฟังเรื่องราวของความสูญเสียซ้ำ ๆ ทำให้ผู้วิจัยต้องพัฒนากลไกการกำกับดูแลตนเอง (self-regulation mechanism) และการสะท้อนเชิงจริยธรรม (ethical reflexivity) เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นกลางทางอารมณ์ (Dickson-Swift et al., 2009) บทเรียนนี้ช่วยให้ผู้วิจัยเข้าใจมากขึ้นว่า การวิจัยกับกลุ่มเปราะบางไม่เพียงต้องใช้ทักษะทางเทคนิค แต่ต้องมีหัวใจ 4แห่งความกรุณาที่รับฟังโดยไม่ตัดสิน

4. การเสนอเคสตัวแทนเป็นสะพานเชื่อมความเข้าใจ: การใช้เคสตัวแทน (composite case) ช่วยให้ผู้วิจัยเรียนรู้วิธีการสังเคราะห์ข้อมูลโดยรักษาความปลอดภัยทางจริยธรรมของผู้ให้ข้อมูล (Kaiser, 2009) กรณีตัวแทนช่วยให้เห็นภาพรวมของชีวิตจริงที่เต็มไปด้วยความเปราะบางและความรักในครอบครัว ทำให้เกิดการ

เรียนรู้เชิงสัมพันธ์ (relational learning) ระหว่างผู้วิจัยและผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นหัวใจของการวิจัยเชิงคุณภาพด้านพยาบาลในบริบทไทย

โดยสรุป การสะท้อนคิดนี้ยืนยันว่า ความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัวต่ออาการระยะท้ายมิใช่เพียงภาระทางการพยาบาล แต่เป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันที่เปิดโอกาสให้ทั้งผู้วิจัยและผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจชีวิต ความทุกข์ และความรักได้ลึกซึ้งยิ่งขึ้น

บทสรุป

การถอดบทเรียนจากประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามไปยังกระดูกสันหลังที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน ชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ความกังวลต่ออาการระยะท้ายเป็นแก่นสำคัญที่กำหนดคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัว ความกังวลดังกล่าวไม่เพียงเกี่ยวข้องกับอาการปวดและหายใจลำบากที่ควบคุมได้ยาก แต่ยังรวมถึงความกลัวต่อการจากไปและความไม่มั่นใจในการดูแลอาการเบื้องต้นที่บ้าน ซึ่งสะท้อนถึงความเปราะบางและความท้าทายของบทบาทผู้ดูแลในครอบครัวในเวลาเดียวกัน การรับรู้อาการผ่านกรอบความเชื่อทางวัฒนธรรมและศาสนาทำให้เห็นว่าการดูแลระยะสุดท้ายจำเป็นต้องผสานทั้งมิติทางกาย อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณอย่างเป็นองค์รวม

การสะท้อนของผู้วิจัยตอกย้ำว่า การทำงานกับกลุ่มเปราะบางต้องอาศัยการฟังอย่างลึกซึ้ง การยั้งคิดของอคติ (bracketing) และการดูแลจิตใจตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นมืออาชีพและความไวต่อประเด็นอ่อนไหวในการวิจัย เคสตัวแทน (composite case) ทำหน้าที่เป็นภาพแทนที่ปลอดภัยด้านจริยธรรมและมีพลังในการสื่อความหมายของประสบการณ์ผู้ดูแลในครอบครัว ช่วยให้ผู้อ่านเข้าถึงความซับซ้อนของสถานการณ์จริงได้อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นบทความนี้ เน้นบทเรียนที่นำไปใช้ได้จริง คือ (1) เสริมสร้างความพร้อมของผู้ดูแลในครอบครัวต่อการจัดการอาการระยะสุดท้ายด้วยการสื่อสารและการสอนแบบมีส่วนร่วม (2) บูรณาการเสียงของผู้ดูแลในครอบครัวและการปฏิบัติการสะท้อน (reflective practice) เข้าสู่การศึกษาพยาบาล และ (3) พัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลที่บ้านเชิงชุมชนซึ่งเคารพมิติทางวัฒนธรรมและจิตวิญญาณ สาระสำคัญเหล่านี้ชี้ว่าการรับฟังและให้ความสำคัญกับเสียงของผู้ดูแลในครอบครัว คือ กุญแจยกระดับคุณภาพการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในประเทศไทย และเป็นสะพานเชื่อมระหว่างองค์ความรู้เชิงคุณภาพกับแนวปฏิบัติที่เมตตาและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล: พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการเสริมสร้างความพร้อม และความมั่นใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการจัดการอาการระยะสุดท้าย โดยเฉพาะการจัดการอาการปวดและหายใจลำบาก การสอนแบบมีส่วนร่วม (participatory teaching) และการใช้เครื่องมือสะท้อน (reflective tools) เช่น คู่มือ หรือวิดีโอกรณีศึกษา สามารถช่วยให้ผู้ดูแลในครอบครัวเข้าใจและจดจำวิธีปฏิบัติได้ดีกว่าการให้คำแนะนำเพียงครั้งเดียว การจัดระบบปรึกษา (consultation system) ที่ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงพยาบาลได้ตลอดเวลา เช่น โทรศัพท์สายด่วน หรือ telehealth ควรได้รับการพัฒนาอย่างยั่งยืน

2. ด้านการศึกษา: การบูรณาการเสียงของผู้ดูแล (caregivers' voices) เข้าสู่การเรียนการสอนด้านพยาบาล เป็นแนวทางสำคัญในการพัฒนาความเข้าใจเชิงมนุษยธรรมของผู้เรียน การใช้เคสตัวแทนในชั้นเรียนช่วยให้นักศึกษาพยาบาลเรียนรู้การฟัง การสะท้อน และการเข้าใจมิติทางอารมณ์และจิตวิญญาณของผู้ป่วยและครอบครัว การจัดกิจกรรมสะท้อน (reflective practice) หลังการฝึกภาคสนามควรถูกบูรณาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความตระหนักรู้ทางอารมณ์และจริยธรรม

3. ด้านนโยบายและระบบสุขภาพ: ควรมีการพัฒนา ระบบสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว (caregiver support systems) ที่ชัดเจนและยั่งยืน เช่น การจัดทีมเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ (integrated home-care team) ที่มีพยาบาลเป็นแกนหลัก และการจัดอบรมผู้ดูแลในครอบครัวในชุมชนโดยใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบเพื่อนช่วยเพื่อน (peer learning) นอกจากนี้ นโยบายควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคประชาสังคมในการแบ่งเบาภาระของผู้ดูแลในครอบครัว เพื่อสร้างระบบการดูแลแบบชุมชนร่วมรับผิดชอบ (community-based palliative care)

ข้อเสนอแนะทั้งสามระดับนี้สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องพัฒนา การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านในสังคมไทย ให้มีลักษณะเป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งทางด้านกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ การเสริมสร้างความรู้และการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจะช่วยลดความกังวลของผู้ดูแลในครอบครัว และยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวในช่วงสุดท้ายของชีวิต

การถอดบทเรียนครั้งนี้มิได้สิ้นสุดที่การทำความเข้าใจผู้ดูแลในครอบครัวเท่านั้น แต่เป็นการต่อยอดองค์ความรู้สู่การสร้างระบบดูแลที่มีหัวใจความเป็นมนุษย์มากขึ้น การรับฟัง การสะท้อน และการดูแลผู้ดูแลในครอบครัว คือ รากฐานของการพยาบาลเชิงมนุษยธรรม (humanistic nursing) ที่ควรถูกบูรณาการสู่การปฏิบัติ การศึกษา และนโยบายสุขภาพในอนาคต

References

Akdeniz, M., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. *Sage Open Medicine, 9*, 20503121211000918. https://doi.org/10.1177/20503121211000918

Akkadechanunt, T., & Phornphibul, P. (2018). Effectiveness of implementing clinical practice guidelines for palliative care in cancer patients. *Nursing Journal, 45*(3), 69-82. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/149341

Arcadi, P., Bovi, I., Figura, M., & Terzoni, S. (2025). Prognostic awareness in family caregivers of patients with terminal illness: A scoping review. *BMJ Open, 15*(7), e099132. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099132

Bilić, J., Skokandić, L., & Puljak, L. (2022). Anticipatory grief and experience of providing at-home palliative care among informal caregivers of spouses in Croatia: A qualitative study. *BMC Palliative Care, 21*(1), 199. https://doi.org/10.1186/s12904-022-01093-1

Bond, C., Watson, A., & Jackson, D. (2025). Addressing potential researcher distress in nurse-led research: Ethical considerations and practical strategies. *Journal of Advanced Nursing, 81*(4), 2159-2164. https://doi.org/10.1111/jan.16799

Brant, J. M., & Silbermann, M. (2021). Global perspectives on palliative care for cancer patients: Not all countries are the same. *Current Oncology Reports, 23*(5), 60. https://doi.org/10.1007/s11912-021-01044-8

Corbin, J., & Morse, J. M. (2003). The Unstructured interactive interview: Issues of reciprocity and risks when dealing with sensitive topics. *Qualitative Inquiry, 9*(3), 335-354. https://doi.org/10.1177/1077800403009003001

Corbin, J. M., & Strauss, A. L. (2015). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (4th ed.). Sage.

Dickson-Swift, V., James, E. L., Kippen, S., & Liamputtong, P. (2009). Researching sensitive topics: Qualitative research as emotion work. *Qualitative Research, 9*(1), 61-79. https://doi.org/10.1177/1468794108098031

Grant, J. B., Jones, J., Candrian, C., Oman, K. S., & Reed, S. M. (2025). The role of nursing communication: A critical interpretive synthesis. *International Journal of Nursing Studies Advances, 9*, 100373. https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2025.100373

Hudson, P. L., Lobb, E. A., Thomas, K., Zordan, R. D., Trauer, T., Quinn, K., Williams, A., & Summers, M. (2012). Psycho-educational group intervention for family caregivers of hospitalized palliative care patients: Pilot study. *Journal of Palliative Medicine, 15*(3), 277-281. https://doi.org/10.1089/jpm.2011.0347

Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & Summers, M. (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home based palliative care patients: Longer term effects from a randomised controlled trial. *Psychooncology, 24*(1), 19-24. https://doi.org/10.1002/pon.3610

International Agency for Research on Cancer. (2024). *Cancer tomorrow: Estimated number of new cases from 2022 to 2045, Both sexes, age [0-85+] All cancers*. https://gco.iarc.fr/tomorrow/en/dataviz/bars?populations=764

Johnson, D., Deterding, S., Kuhn, K. A., Staneva, A., Stoyanov, S., & Hides, L. (2016). Gamification for health and wellbeing: A systematic review of the literature. *Internet Interventions, 6*, 89-106. https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.10.002

Kaiser, K. (2009). Protecting respondent confidentiality in qualitative research. *Qualitative Health Research, 19*(11), 1632-1641. https://doi.org/10.1177/1049732309350879

Kardosod, A., Needham, J., & Coyne, E. (2023). The experiences and needs of metastatic spinal cancer family caregivers at home: A systematic review. *Support Care in Cancer, 31*(5), 310. https://doi.org/10.1007/s00520-023-07777-5

Kissane, D. W. (2012). The relief of existential suffering. *Archives of Internal Medicine, 172*(19), 1501-1505. https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3633

Kongsuwan, W., Matchim, Y., Nilmanat, K., Locsin, R. C., Tanioka, T., & Yasuhara, Y. (2016). Lived experience of caring for dying patients in emergency room. *International Nursing Review, 63*(1), 132-138. https://doi.org/10.1111/inr.12234

Kwon, J. H. (2014). Overcoming barriers in cancer pain management. *Journal of Clinical Oncology, 32*(16), 1727-1733. https://doi.org/10.1200/JCO.2013.52.4827

Lin, C. P., & Chu, W. M. (2025). Home-based palliative care: Benefits, challenges, opportunities and future directions in a super-aged society. *Journal of Hospice and Palliative Care, 28*(3), 81-88. https://doi.org/10.14475/jhpc.2025.28.3.81

Mulati, N., Aung, M. N., Moolphate, S., Aung, T. N. N., Koyanagi, Y., Supakankunti, S., & Yuasa, M. (2024). Disparity in the burden of caring for older persons between families living in housing estates and traditional communities in Thailand. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 14*(6), 1514-1526. https://doi.org/10.3390/ejihpe14060100

Pan, W. J., & Wang, S. F. (2025). Understanding patients' emotional needs to strengthen therapeutic relationships: A deep insight into narrative nursing. *World Journal of Psychiatry, 15*(3), 103093. https://doi.org/10.5498/wjp.v15.i3.103093

Sailian, S. D., Salifu, Y., & Preston, N. (2024). Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: A qualitative study. *BMC Palliative Care, 23*(1), 142. https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4

Samerchua, W., Nantachaipan, P., & Sittisombut, S. (2019). Good death as perceived by cancer survivors. *Nursing Journal, 46*(1), 52-64. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/180681

Searight, H. R., & Gafford, J. (2005). Cultural diversity at the end of life: Issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician, 71*(3), 515-522.

Siegel, R. L., Miller, K. D., Wagle, N. S., & Jemal, A. (2023). Cancer statistics, 2023. *CA: A Cancer Journal for Clinicians, 73*(1), 17-48. https://doi.org/10.3322/caac.21763

Siriloadjanamanee, K., Soivong, P., & Phornphibul, P. (2019). Breaking bad news in palliative care: Integrative Review. *Nursing Journal, 46*(3), 71-81. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/cmunursing/article/view/218506

World Health Organization. (2022). *Cancer today*. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization.