

นิพนธ์ต้นฉบับ

Received: May. 3, 2023

Revised: July. 8, 2023

Accepted: Aug. 30, 2023

Published: Nov. 7, 2023

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในชุมชนกึ่งเมือง An Experience of caring for the Carcinoma Patients in Sub-Urban Communities

พีรยา สุธีรางกูร¹, อนันต์ตรี สมิทธีนาเศรษฐี¹, มโนวรรณ มากมา¹, ชวิศา แก้วอนันต์²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย¹, ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

Peeraya Suteerangkul¹, Anantree Smithnaraseth¹, Manowan Makma¹, Chawisa Kaewanun²

¹School of Nursing, Eastern Asia University, ²School of Public Health, Eastern Asia University²

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็ง ในชุมชนพื้นที่กึ่งเมือง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างถูกเลือกแบบเจาะจง โดยผู้ให้ข้อมูลหลัก 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 คน คือ ผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลหลัก และบุคลากรทางสุขภาพ รวม 18 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 3 ชุด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น พัฒนาแบบสอบถามที่มีข้อความสอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ประเด็น คือ 1) ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันทางด้านร่างกายและการบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆเป็นอย่างดี 2) ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการเอาใจใส่จากสังคมและบุคลากรทางการแพทย์ 3) บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ของตนอย่างเป็นองค์รวม 4) ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายของตนเองพร้อมกับการแสดงเจตนาครั้งสุดท้ายด้วยวาจา การศึกษาครั้งนี้เสนอแนะให้มีการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วย, มะเร็ง, ชุมชนกึ่งเมือง

Corresponding author: พีรยา สุธีรางกูร, E-mail address: peeraya@eau.ac.th

Abstract

This qualitative study aimed to explore the experience of caring in carcinoma patients at suburb community, Pathum-Thani Province. Purposive sampling was done for the major informants 3 groups (each 6 persons), totally 18 persons. They were palliative cancer patients, caregivers, and health care professionals. The research tools comprised in-depth interviews in 3 groups which developed by the researchers. Tools were developed the items congruence with the operation definition and quality of research tools by 3- experts. The qualitative data was analyzed with content analysis. The results comprised 4 themes 1) Patients received good help in the diary living, and physical activities, and were relief from their various discomforts 2) Patients and their families still need care from society and professional health personnel 3) Health personal take care the patients with duty and their roles with holistic 4) patients accept the illness and well death and the last living will with verbal. This study suggests continuously taking care of patients and systematically for the well-being of patients and families.

Keywords: Patient Care, Carcinoma, Suburb Community

Corresponding author: Peeraya Suteerangkul, E-mail address: peeraya@eau.ac.th

บทนำ

ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่รู้สึกตัว การตัดสินใจในการรักษาพยาบาลจึงมักขึ้นอยู่กับมติของแพทย์กับญาติ ซึ่งอาจสวนทางกับความต้องการของผู้ป่วย หรืออาจทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้ให้บริบาลกับญาติผู้ป่วยได้ (Boonchalermpipat, 1997) ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าไปมาก เครื่องมือก็มีความทันสมัย สามารถยืดชีวิตคนออกไปได้ แพทย์และบุคลากรด้านการแพทย์ต้องการจะช่วยชีวิตผู้ป่วยให้ถึงที่สุด ยื้อชีวิตไว้นานที่สุด ไม่ว่าด้วยการรักษานั้น ๆ จะมีค่าใช้จ่ายสูงสักเพียงใด หรือว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตเป็นอย่างไร ทั้งนี้ก็เกิดจากเจตนาดีที่อยากจะช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะเดียวกันญาติของผู้ป่วยเองก็ต้องการให้คนที่เป็นที่รักอยู่ด้วยกันไปนาน ๆ ไม่ว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจะเป็นอย่างไร จึงมักแสดงความจำนงให้แพทย์รักษาให้ถึงที่สุด แม้ว่าบางกรณีคุณภาพชีวิตจะแยลงก็ตาม ปัญหาเหล่านี้ล้วนแล้วแต่เกิดจากความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องในภาวะใกล้ตายและความตายทั้งสิ้น (Thai National Health, 1997) การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาลทุกชนิดรวมถึงการดูแลทั้งทางจิตใจ สังคม ตามความต้องการของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจากการโศกเศร้าที่ต้องเสียผู้ป่วยไป (Yodmongkol, 2013) ซึ่งมีเป้าหมายในการดูแลคือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข ได้รับคุณภาพชีวิตที่ดีรวมถึงการจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Good dead) การตายดี หรือ การมีสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต เป็นการตายก่อนที่ผู้ป่วยจะเสียชีวิต ได้รับการบรรเทาอาการและความทุกข์ทรมาน ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอย่างเพียงพอเหมาะสม ได้รับการดูแลทางจิตวิญญาณ ตรงกับความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรมของตนเอง รวมถึงได้ทำสิ่งที่ค้างค้าง สามารถแสดงเจตนาของตนเองที่ต้องการให้ดูแลอย่างไรในระยะท้าย เพื่อเสียชีวิตอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Issaracharnvanich, 2021)

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง เป็นสิ่งสำคัญและเป็นที่สนใจเนื่องจากเป็นทางเลือกของการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสภาพร่างกายจะเอื้ออำนวย โดยเฉพาะในช่วง 1 เดือนสุดท้ายก่อนสิ้นใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่ต้องทุกข์ทรมานจากการถูกยืดชีวิตด้วยอุปกรณ์ทางการแพทย์และลดภาระค่าใช้จ่ายที่มากเกิดความจำเป็น (Thai National Health, 2018) ทีมผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายประกอบไปด้วยสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักบวช นักบำบัด นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัคร หรือผู้บริหาร เป็นต้น การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของโรครวมถึงการป้องกันและบรรเทาอาการตลอดจนความทุกข์ทรมานต่าง ๆ ซึ่งควรเป็นลักษณะองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ ได้แก่ กาย ใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย (Nagaviroj, 2021)

ผู้ป่วยโรคมะเร็ง คือผู้ป่วยกลุ่มที่ต้องการการบรรเทาความทุกข์ทั้งจากกาย ใจ สังคม รวมถึงต้องการการดูแลทางด้านจิตวิญญาณด้วย โรคมะเร็งเกิดจากการมีเซลล์ผิดปกติในร่างกายและเซลล์มีการเติบโตที่มากกว่าปกติ เซลล์ที่ผิดปกติลุกลามพร้อมกับแพร่กระจายไปยังส่วนต่างๆ ของร่างกาย อวัยวะต่างๆ ทำงานล้มเหลว ไม่สามารถทำงานได้เป็นปกติ ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตทั่วโลกพบผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เสียชีวิตเกือบสิบล้านคนในปี ค.ศ. 2020 พบว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ 3 อันดับแรก แบ่งเป็นมะเร็งเต้านม 2.26 ล้านคน มะเร็งปอด 2.21 ล้านคน และมะเร็งลำไส้ใหญ่ 1.93 ล้านคน (World Health Organization, 2021) ในประเทศไทยโรคมะเร็งยังคงเป็นปัญหาสำคัญซึ่งจำเป็นต้องได้รับการรักษาที่ยาวนาน อีกทั้งในปัจจุบันส่วนใหญ่มีการนำการแพทย์ผสมผสาน เช่น การผ่าตัด การใช้รังสีรักษา การใช้เคมีบำบัด เป็นต้น (Palang and Nunuan, 2020)

เพื่อเป็นการลดอุบัติเหตุการเกิดโรคมะเร็ง ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 และแผนยุทธศาสตร์สถาบันมะเร็งแห่งชาติ พ.ศ.2562-2565 โดยเฉพาะยุทธศาสตร์ด้านการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care)

เพื่อให้เกิดระบบการดูแลผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ การดูแลผู้ป่วยที่ได้มาตรฐานองค์รวม จึงเกิดการพัฒนาด้านการบริการทั้งในระดับโรงพยาบาลและครอบครัวขึ้น รูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง มีการพัฒนามาจากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic Care Model) เริ่มขึ้นอย่างเป็นทางการในระดับชาติเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (National Program on Improving Chronic Illness Care: ICIC) ภายใต้การสนับสนุนของมูลนิธิโรเบิร์ตวูด จอห์นสัน (Robert Wood Johnson Foundation) (Jiamjarasrangsi, 2021) ซึ่งต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังนี้ได้ถูกนำมาพัฒนาและทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไตวาย ฯลฯ การทำคู่มือแนวปฏิบัติ (Practice guideline) การปรับปรุงแบบแผนการปฏิบัติใหม่ (Practice redesign) การให้สุขศึกษา (Patient education) ที่ทำให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ระบบผู้เชี่ยวชาญ (Expert system) การจัดรูปแบบแผนการปฏิบัติใหม่เพื่อสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการเวลามากขึ้น ใช้ทรัพยากรหลากหลาย และต้องมีการตรวจติดตามอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น การใช้ระบบข้อมูลข่าวสารที่มีประสิทธิภาพ (Information) และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเชิงกลุ่ม (Population-based care) เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระยะท้ายของชีวิตมีหลักการสำคัญของ “การดูแล” โดยมุ่งประคับประคอง ไม่ได้มุ่งที่จะรักษาให้หาย เน้นการมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ รวมถึงจะต้องมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning) เป็นส่วนสำคัญ และควรเป็นการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว มีการเชื่อมต่อการดูแลที่โรงพยาบาลกับที่บ้าน (Issaracharnvanich,

2021) และมีแนวทางการพัฒนาถึง 6 ด้าน คือ 1) จุดเน้นในการดูแลที่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง 2) การดูแลแบบองค์รวมที่เน้นการบรรเทาทุกข์ทรมานในทุกๆ ด้าน 3) การต่อเนื่องในการดูแล 4) การดูแลเป็นทีม 5) เน้นส่งเสริมระบบสนับสนุนการดูแล 6) เป้าหมายในการดูแลคือการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อเอื้ออำนวยการดูแลแบบประคับประคองในสถานพยาบาล ชุมชน และบ้าน อย่างเท่าเทียม (Tasprasit, Phimdee, Mongkolchai, Jullapan, and Puttatum, 2020)

โรงพยาบาลธัญบุรีในปัจจุบัน ฝ่ายงานด้านการบริการสุขภาพและองค์รวมซึ่งรับผิดชอบดูแลงานสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้นตลอดจนการฟื้นฟูผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนของพื้นที่ดูแล ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยติดเตียง รวมทั้งผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย อย่างไรก็ตาม ด้วยงบประมาณ กำลังคนในโรงพยาบาล และมีการขยายขนาดใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยโรคระยะเรื้อรังจึงต้องการทีมบุคลากรสุขภาพร่วมกับผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชน ในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ให้เสียชีวิตอย่างสมศักดิ์ศรีหรือตายดี อย่างไรก็ตามยังมีการศึกษาและรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ไว้ค่อนข้างน้อย ประชาชนขาดความตระหนัก เมื่อมีเหตุฉุกเฉินหรือสถานการณ์โรคเข้าสู่ระยะท้าย ไม่อยากพูดคุยเรื่องร้ายแรงเกี่ยวกับความตาย ไม่มีการเตรียมตัวล่วงหน้า รวมถึงยังไม่มีระบบการรองรับเพื่อให้สามารถเข้าถึงแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ และไม่มั่นใจในการนำไปสู่การปฏิบัติ (Teerapon S., et al., 2022) ทางคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเอง และการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังในระยะท้ายในชุมชนพื้นที่ของโรงพยาบาลธัญบุรี เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่ออธิบายประสบการณ์การดูแลตนเองและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรังในชุมชนพื้นที่กึ่งเมือง จังหวัดปทุมธานี

แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย หรือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง (Palliative Care) มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติสามารถใช้ชีวิตร่วมกันได้อย่างมีความสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ สามารถจากไปอย่างสงบ สมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Yodmongkol, 2013) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง มีหลากหลายแนวคิด ซึ่งมีความแตกต่างกันอยู่บ้าง โดยส่วนใหญ่จะเป็นบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้บริหารจัดการ การดูแล แต่อาจยังไม่เกิดการผสมผสานและรวมกันเป็นรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างชัดเจน และจำเพาะ การไม่สามารถเข้าถึงการดูแลแบบประคับประคองสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่ในสภาวะย่ำแย่ความตายเกิดความล้มเหลวของแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ยังไม่ใช่วาระสุดท้าย ไม่พูดคุยกับผู้ป่วยถึงความต้องการที่แท้จริง (Teerapon S., et al., 2022; ชูติกาญจน์ หุทัย และคณะ, 2559) มีการประเมินผู้ป่วยตามความสามารถปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ผ่านแบบประเมิน PPS (Palliative Performance Scale) ประเมินอาการ อาการแสดงและความก้าวหน้าของโรค ประเมินการจัดการอาการทางกาย ความไม่สุขสบาย ความทุกข์ต่างๆ จากอาการปวด หายใจลำบาก เหนื่อย หอบ อ่อนเพลีย และคลื่นไส้อาเจียน เป็นต้น นอกจากนี้มีการประเมินและการจัดการอาการรบกวนทางจิตและอารมณ์ การใช้ยาตามที่แพทย์สั่งจ่าย และการใช้วิธีการบำบัดทางเลือก หรือแบบไม่ใช้ยา การเสริมสร้างพลังอำนาจ การคิดเชิงบวก การส่งเสริมการจัดการตนเอง การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การให้คำปรึกษา เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และปรับเปลี่ยนวิธีคิด เป็นต้น นอกจากนี้มีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ด้านสังคมวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อและความศรัทธาสัมพันธภาพต่อผู้อื่น ปัญหาทางเศรษฐกิจ ความขัดแย้งในครอบครัว การปรับตัวในการดำรงชีวิต การไม่มีครอบครัวผู้ดูแล มารดกทรัพย์สินหรือหนี้สิน โดยจัดการให้มีคำปรึกษาด้านการปรับตัวทางสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว จัดให้มีกิจกรรมสนทนาร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัว

เพื่อหาปัญหาและแนวทางแก้ปัญหาาร่วมกัน (Family Meeting) การประเมินการรับรู้ (Perception) และความเข้าใจของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์โรค ความเจ็บป่วย การดำเนินการของโรค การรักษา แนวทางการพยาบาล การประเมินและตอบสนองความประสงค์ของผู้ป่วยหรือการแสดงเจตจำนงเกี่ยวกับการตาย ความต้องการเกี่ยวกับการรักษาและความปรารถนาในวาระท้ายของชีวิต (Last Wish) ประเมินแหล่งช่วยเหลือ เมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน ประเมินและตอบสนอง ความหวัง ความปรารถนาครั้งสุดท้ายในชีวิต (Living Will) รวมถึงการให้อภัย ความเชื่อเกี่ยวกับชีวิตและความตาย และการทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์ก่อนตาย การสื่อสารทำความเข้าใจ (Communication) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวตัดสินใจในเรื่องการวินิจฉัยโรค การพยากรณ์โรค แนวทางการรักษาที่มีอยู่ การตั้งเป้าหมายการรักษา (Goal Clarification) และการวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต (Living will) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่รู้สึกรู้สึกตัว การตัดสินใจต่างๆ มักอยู่ที่ดุลยพินิจของบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งบางครั้งอาจไม่ใช่สิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ ดังนั้นช่วงที่ผู้ป่วยมีสติดีอยู่ จึงควรมีการปรึกษากับครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิดที่ไว้ใจได้ เพื่อทำหน้าที่แสดงเจตนาปฏิเสธการรักษาที่มากกว่าความจำเป็น และการวางแผนการดูแลรักษาเมื่ออยู่ในภาวะใกล้ตายได้ เป็นแนวคิดการแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้า หรือ advance directives คือ การบอกแนวทางปฏิบัติทางการแพทย์ไว้ล่วงหน้าซึ่งหลายประเทศให้การรับรอง (Thai National Health, 1997: page 1) และตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 บัญญัติไว้ว่า “มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือ เพื่อยืดการทรมานจากการเจ็บป่วยได้” ในช่วงบั้นปลายของชีวิตนั้น โดยหลักของการตายดี ในมาตรา 12 แพทย์จะไม่ทำในสิ่งที่ผู้ป่วยได้แสดงเจตนาไว้ เช่น ไม่เจาะคอ หรือไม่ปั๊มหัวใจ ถ้าหัวใจหยุดเต้นเพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่มีประโยชน์ แต่ ถ้าผู้ป่วยทรมาน แพทย์ยังคงดูแลประคับประคอง เช่น ให้ออกซิเจน ให้ยาบรรเทา

อาการเพื่อลดความเจ็บปวดได้ (Thai National Health, 1997: page 1) สภาพจิตใจของผู้ป่วยในระยะท้ายแบ่งได้ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มพร้อมตายที่รู้ตัวว่าเจ็บป่วยไม่มีทางรักษา ทำใจยอมรับ ความตายได้ โดยที่ไม่ห่วงกังวลสิ่งใด สามารถที่จะร่วมมือในการเตรียมการตายดี กลุ่มยังไม่พร้อมตาย แม้รู้ว่าป่วยหนักรักษาไม่ได้แต่ยังมีความกลัว ห่วงกังวลในเรื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) รูปแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย 1 ปี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ในชุมชนของพื้นที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลธัญบุรี กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ เลือกวิธีกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยแบ่งผู้ให้ข้อมูลหลักเป็น 3 กลุ่มคือ 1) ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีเกณฑ์คัดเลือก (inclusion criteria) คือ กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย จำนวน 6 คน คือ ผู้ป่วยโรคมะเร็งทุกชนิดที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยที่ต้องการดูแลในระยะท้าย มีอายุตั้งแต่ 18 ปี บริบูรณ์ และไม่มีภาวะแทรกซ้อน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แนวคำถามเชิงลึกจากพยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เกสเซอร์ในสังกัดของ รพ.ธัญบุรี แนวคำถามสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลหลัก โดยผู้วิจัยสร้างขึ้น นำไปทดลองใช้กับบุคลากรใน รพ.อื่น และเชิญผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้าน Palliative care พัฒนาแบบสอบถามจนสามารถนำไปใช้ได้ ตัวอย่างข้อคำถามสำหรับผู้ป่วย (เฉพาะรายที่ให้ข้อมูลได้) เช่น “ท่านมีความไม่สบายทางด้านร่างกายในช่วงระยะเวลานี้ อย่างไร ได้แก่ เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ขี้ถ่ายไม่เป็นปกติตามเวลา หายใจไม่สะดวก หงุดหงิด กระสับกระส่าย อาการปวด ไม่สบายตามร่างกาย และ/หรืออาการทุกข์ทรมานอื่นใดทั้งทางกาย ใจ อารมณ์ของผู้ป่วย เป็นต้น” ข้อคำถามสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ เช่น “ท่านเคยพบเห็นวิธีการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการทรุดลง ของญาติ

ต่างๆเช่น ห่วงลูก กลุ่มนี้จะอยู่ในความทุกข์และเศร้าโศก กลุ่มอยากตาย อาจเพราะต้องการหนีทุกข์รู้สึกตัวเองไร้ค่าและเป็นการระของผู้อื่น กลุ่มกลัวตาย ความรู้สึกกลัวตายมีอยู่ในทุกกลุ่ม เพราะไม่มีใครรู้แน่ชัดว่าเมื่อกำลังจะตายนั้นจะเป็นอย่างไร ตายแล้วไปไหน (Issaracharnvanich, 2021)

อื่นใด เช่น ไตวายเรื้อรัง ตับวายเรื้อรัง เป็นต้น 2) ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย มีวิธีการเลือกแบบเจาะจงตามผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งในปัจจุบันทั้งนี้เป็นผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วย รวมจำนวน 6 คน 3) บุคลากรทางสุขภาพ มีวิธีการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง โดยต้องเป็นบุคลากรทางการแพทย์ใน ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข เกสเซอร์ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งมาก่อน และปฏิบัติงานในโรงพยาบาลธัญบุรีเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 4 เดือน รวมจำนวน 6 คน

หรือไม่ อย่างไร โดยเฉพาะการจัดการการดูแลกับผู้ป่วยในลักษณะต่างๆ ได้แก่ เมื่อผู้ป่วยมีอาการอ่อนแรง นอนหลับเพิ่มขึ้น รับประทานอาหารน้อยลง” และข้อคำถามสำหรับผู้ดูแลหลัก ได้แก่ “ท่านรู้สึกอย่างไรขณะให้การดูแลผู้ป่วย พอใจหรือไม่พอใจ โกรธ เบื่อหน่าย ฯลฯ” เป็นต้น

การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎี แนวคิดต่างๆ ที่ใช้ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สร้างแบบสอบถามที่มีข้อคำถาม (Item) สอดคล้องกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational Definition) และหาคุณภาพของเครื่องมือโดยการหาความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านที่เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย และพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จากนั้นนำเครื่องมือ ที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแก้ไขปรับปรุง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะเวลาดำเนินการวิจัย พุศจิกายน 2563 – พุศจิกายน 2564 การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบเชิงคุณภาพ นักวิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักด้วยตนเอง ตามแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง พร้อมด้วยการจดบันทึกและการบันทึกเทปเสียง โดยได้รับการอนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นผู้ป่วยมะเร็งระยะท้าย และผู้ดูแลหลักหรือญาติของผู้ป่วย โดยมีการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ค่ามัธยฐานเลขคณิต (Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ซึ่งผู้วิจัยอ่านข้อมูลซ้ำหลายครั้ง นำคำสำคัญ (key words) มาแบ่งเป็นประเภทต่างๆ (Theme) แล้วเรียบเรียงเพื่อ

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพร้อยละ 50 นักวิชาการสาธารณสุขร้อยละ 33.33 และเภสัชกร ร้อยละ 16.67 กลุ่มผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่เป็นญาติ ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นบุตร ร้อยละ 33.33 กลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง ส่วนใหญ่เป็นมะเร็งในระบบทางเดินอาหาร ร้อยละ 50 มะเร็งในระบบสืบพันธุ์สตรี ร้อยละ 33.33 และร้อยละ 16.67 เป็นมะเร็งในระบบทางเดินหายใจ

ผู้ป่วยมะเร็ง มีอายุสูงสุด 78 ปี อายุต่ำสุด 63 ปี อายุเฉลี่ย 69.83 และจบการศึกษาในระดับประถมศึกษา - ระดับมัธยมศึกษา มีระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative performance scale for adult Suandok) มากกว่า 80 คะแนน จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 66.67 ระดับคะแนนเท่ากับ 60 - 79 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 ทั้งนี้ไม่มีผู้ป่วยที่มีระดับคะแนนน้อยกว่า 60

กลุ่มผู้ดูแลหลัก มีอายุสูงสุด 70 ปี อายุต่ำสุด 30 ปี อายุเฉลี่ย 50.83 ปี และจบการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา - ระดับปริญญาตรี กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ อายุต่ำสุด 29 ปี อายุสูงสุด

ในการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การขอคำยินยอม เข้าร่วม การวิจัย (consent form) โดย ทุก กระบวนการคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลหลักในทุกกลุ่ม ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-40 นาที การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการ ทบตวนวิจัย จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย หนังสืออนุมัติเลขที่ SN2563-26

นำมาหาความสัมพันธ์ของปรากฏการณ์และข้อสรุป ยืนยันความถูกต้อง ความสอดคล้อง และความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เช่น การเก็บข้อมูลที่มีความแตกต่างกันตามช่วงเวลา ต่างสถานที่ เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลหลักช่วยตรวจสอบข้อมูลและความถูกต้อง

42 ปี อายุเฉลี่ย 34.67 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) ข้อมูลแบ่งเป็น 4 ประเด็น โดยผู้ป่วย (Patients: P) ผู้ดูแลหลัก (Families: F) บุคลากรทางการแพทย์ (Health Profession: HP) ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือดูแลในกิจวัตรประจำวันทางด้านร่างกายและการบรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ เป็นอย่างดี

ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ญาติ บุตรและเพื่อนข้างบ้าน เมื่อเกิดภาวะทรุดหนัก และมีการส่งต่อไปยังโรงพยาบาล เพื่อรักษาต่อ เช่น โรงพยาบาลราชวิถี โรงพยาบาลมหาวชิราลงกรณธัญบุรี เป็นต้น

“เคยล้ม หน้ามืด ตกเตียง เพื่อนบ้านก็มาช่วย.... ได้ยืนกัน บ้านใกล้ๆกัน” P1

“ตอนนั้นที่เค้าล้มลง เข้ามาช่วยกันอุ้ม บางทีถ้าเค้าไม่สบาย หนาวอะไรอย่างนี้ เข้ามาช่วยต้มน้ำร้อน” F1 “..ต่างคนต่างทำงาน เว้นแต่เหตุฉุกเฉิน ถึงโทรเรียกกันมา” F3 “เวลาแผนอาการทรุดหนัก กลัวจะนอนต่อไป ก็โทรเรียกลูกให้มาช่วยพาไปส่งโรงพยาบาล” F4

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่วนใหญ่ช่วยเหลือตนเองได้ บางคนใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดินและมีอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวระหว่างการขับถ่าย

“เคลื่อนไหวได้บ้าง มีสุขาเคลื่อนที่” P1 “..เดินไกลไม่ได้ เหมือนขาไม่มีแรง” P5 “กิจกรรมทำได้.. ไม่ต้องออกแรงมาก” P4-6 “...ใช้สามขาเดินแค่ในบ้าน..หน้าบ้าน เดินออกไปไกล ๆ ไม่ได้..” P2 “..ไม่เหนื่อย ไม่ต้องออกแรง มีแค่บางครั้งก็เดินไกล ๆ จะเหนื่อย... ..ปวดทั้งตัวเลย มันไม่ไหว..” P2

“รู้สึกตัวดี ...ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง” P2 “ความไม่สุขสบายทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรค และการรักษา ไม่ว่าจะจากการได้รับยาเคมีบำบัด หรือการฉายแสง

“ไม่ค่อยสบายหรือหาคะ พอให้ยาแล้วร่างกายเราก็แย่” “..ต้องใส่แพมเพิร์ส กระปรีกระปรอยเลยต้องใส่” P1 “ลั้นเป็นผ้า..มือ เท้า ขา ยกแก้วน้าลำบาก มือเดียวไม่ได้” P1

“..น้ำหนักแปดสิบกว่า ลดฮวบเลย เหลือห้าสิบ มันกินอะไรไม่ได้ นอนไม่หลับ กินไม่ได้เป็นเดือนๆ” P1 “ไม่สุขสบายที่ขา ขาเดินไม่สะดวก..” ..เบื่ออาหาร น้ำหนักลด 12-13 โล ในสองสามเดือน ตั้งแต่เริ่มเป็นนั่นแหละ...เข้าก็ปวด ตั้งแต่เข้าลงไป..ชา” P2

“คนเราอยู่ที่กำลังใจ ผมไม่ร่วง สีครึ่ง ครึ่งที่ห้า แรงนะ..คือครั้งสุดท้ายนี้ไม่ไหว.... ข้างกินไม่ได้ ทั้งอวก แล้วก็เวียนหัว..นอนกินนอนไม่ได้ ปวดไปหมดทั้งตัว หมดหมด อาเจียน..” F2 “..ดูเพลีย ไม่มีเรี่ยวแรง วันๆ นอน ลูกไม่ขึ้น” F3

2) ผู้ป่วยและครอบครัวยังคงต้องการการเอาใจใส่จากสังคมและบุคลากรทางการแพทย์

ผู้ป่วยบางคนมีกำลังใจว่าตนมีโอกาที่จะมีอาการดีขึ้นได้แม้เพียงเล็กน้อย เนื่องจากเป็นเพราะได้รับการรักษาและปฏิบัติตนเป็นอย่างดีตามที่แพทย์แนะนำ แต่บางคนก็มีความกลัวว่าอาการของโรคจะรุนแรง หรือมีการลุกลามเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากระบบเครือข่ายและเพื่อนบ้านที่อยู่ในชุมชน แต่ผู้ดูแลหลักยังคงมีความรู้สึกท้อถอยและเหนื่อยล้า อีกทั้งขาด

แหล่งช่วยเหลือเนื่องจากต้องแบกรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน

“ฮึดสู้ ทำให้ดี อยู่ในแต่ละวันให้ดีกว่าก็พอ” P5-6 “ยอมรับว่าเหนื่อยอยู่บ้าง ช่วงที่อาการแพ้แล้วทรุดลง รู้สึกท้อ แต่ก็อดทนผ่านไปได้” F5 “มีบ้างที่เราเหนื่อยและรู้สึกกังวล เป็นพัก ๆ แล้วแต่อาการเค้าจะเป็นไปแบบไหน แต่ก็อดทน และสู้” F3, F6

“ส่วนใหญ่เป็นคนในครอบครัวและอีกกลุ่ม ที่พบเจอบ่อย คือ คนสนิทที่ไม่ใช่ญาติ” HP1 “เดินผ่านมาก็ทักทายกัน ดีใจ เพื่อนบ้านเอาใจใส่” P1 “กับลูก รู้สึกดี ดีใจมากที่ลูกมาดูแล” P5-6 “ค่ะ ได้อาศัยเพื่อนบ้าน ได้อาศัยลูก ดูแลหยิบยื่นหยิบนี้ อาศัยช่วยเหลือกันได้” P1 “ลูกทำงานบริษัททั่วไป ลูกคนกลางออกค่าใช้จ่ายให้ ไม่มีขัดสน ไม่มีเงินออม อยู่กับลูกหมดเลย” ค่าน้ำค่าไฟลูกก็เป็นคนออก ก็.. พอบ้าง ไม่พอบ้าง” P1

“...ลูกคนกลางออกค่าใช้จ่ายให้ ไม่มีขัดสน แต่ก็ไม่มีเงินออม อยู่กับลูกหมดเลย..ค่าน้ำค่าไฟลูกก็เป็นคนออก ก็.. พอบ้าง ไม่พอบ้าง” F1 “มีประกันชีวิตของ ชสมก.” F1 “มีแต่ ประกันของลูก ..ประกันของแม่ ไม่มี แม่ไม่มีอะไร ลูกเป็นกำลังใจให้แม่ตลอด..เค้าโตแล้ว เค้ามีครอบครัวกันหมดแล้ว ประกันสังคม ลูกคนเล็ก... มีเงินออมเงินเก็บให้ลูก เงินพอใช้ ลูกออกหมด..ค่าน้ำ ลูกสาว ค่าไฟ ลูกชายออก ค่าบ้าน ลูกช่วยติดแอร์ในห้องนอน” F2

“...เวลาเราอยากกินอะไร เค้าหามาให้.. เพื่อนบ้านคนที่สนิท เค้ามีโทรศัพท์บอกกัน เป็นอะไรอย่างเนี่ย ผาได้ทุกคน เพื่อนบ้านเป็นแบบนี้ บ้าคำ เพื่อนบ้าน บอกเค้าได้หมด ไม่ต้องแก้ไขอะไร ช่วยเราดี” P2

“ที่พึ่งของผมหรือครับ ตอนนี้ก็คงเป็นเมียกับลูก ๆ เมียเค้าก็คงไม่ได้ห่วงอะไรผมหรืออายุก็เยอะ ๆ กันแล้ว ส่วนลูก ๆ ก็ไปมีครอบครัวของตัวเอง ดูหลาน ๆ นาน ๆ ที่ถึงจะได้เจอกันงานเค้ายุ่ง โทรหากันบ้าง ไม่ได้บ่อย ถ้าไม่มีงานอะไร ก็ไม่ได้คุย เวลาว่างหรือความจำเป็นเร่งด่วน ถึงจะโทร” P3 “สวดมนต์มีบ้าง เราอาศัยผลบุญที่ทามา ก็คงไปสบาย” P5 “ที่พึ่งทางใจ นับถือพุทธ ก็ไหวพระ สวดมนต์ก่อนนอน” P6

“..ไม่ยอมให้แม่เป็นอะไร..แม่ต้องอยู่กับหนูนาน ๆ” น้ำตาซึม F2 “ไม่ท้อแท้ให้สู้” F5-6 “..ไม่มีอาการหงุดหงิด..ไม่ค่อยพูด กลับจากทำงาน

เข้าบ้าน อยู่กับแม่ แทนจะไม่รู้จักกับใคร อยู่กับงาน เข้าบ้าน..” F2 “ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพด้านสังคม เนื่องจาก ขาดแหล่งช่วยเหลือ เมื่อต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย” N1

3) บุคลากรทางการแพทย์ดูแลผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ของตนอย่างเป็นองค์รวม

บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับเป็นปกติ ซึ่งมีความครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

“ตามทีมเยี่ยมบ้านเข้าไปค่ะ เข้าไปช่วยกันดูแล สอบถามภาวะสุขภาพของคนที่ใช้ การช่วยเหลือตัวเอง และการให้กำลังใจในการดำรงชีวิต” HP5 “ส่วนใหญ่ก็จะทำตามบทบาทหน้าที่ของเรา เข้าไปดูแลเรื่องการบรรเทาความเจ็บปวดให้กับเคส ในแต่ละราย เข้าไปพร้อมหมอครอบครัว แพมเมท” HP6

“...เคยอบรม Palliative care และ ICN เคยได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยฯ ปี 2560 ในหน่วยงานใช้รูปแบบการประเมิน PPS Scale และ ESAS ประเมิน 5 ข้อหลัก คือ 1-ความสามารถในการเคลื่อนไหว 2-กิจกรรมและความรุนแรงของโรค 3-การดูแลตนเอง 4-การกินอาหาร 5-ความรู้สึกตัว” HP1 “..เข้าไปกับทีม เข้าไปดูแล ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเคสในส่วนที่เป็นการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือทางด้านสังคม ญาติ และผู้ดูแล หากคนไข้มีปัญหาอะไร เราก็ประสานงานและช่วยเหลือ” HP2-4

4) ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยและความตายของตนเองพร้อมกับการแสดงเจตนาครั้งสุดท้ายด้วยวาจา

ความเชื่อของผู้ป่วยเกี่ยวกับความตายหรือการเสียชีวิต มองว่าความตายเป็นเรื่องปกติธรรมดาที่ทุกคนจะต้องมี และยอมรับสภาพความเป็นจริงและการดำเนินไปของโรคได้ ถึงแม้ไม่มีการทำพินัยกรรมชีวิตแบบเป็นลายลักษณ์อักษร แต่ได้เคยพูดคุยกับครอบครัวและไม่ห่วงกังวลในเรื่องทรัพย์สินเงินทองแต่อย่างใด

“เชื่อว่าการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เบ็ดเผยได้ ค่อยได้มันตามสภาพเลย ตามเหตุการณ์.....แต่เราไม่รู้ ว่าโรคในตัวเขา จะมีผลอะไรกับตัวเขา” F1

“ก็อยู่ไป..ตอนนี้อายุก็มากแล้ว เจ็ดสิบกว่า คงไม่คิดทำอะไร” “ไม่มีความเชื่ออะไร” P3 “ไม่เคยทำพินัยกรรมชีวิต... ไม่เคยรู้จัก” P1, P3

การแสดงเจตนาของผู้ป่วย ส่วนใหญ่ขอเพียงการได้ดำรงชีวิตแบบเป็นปกติ ไม่ได้คาดหวังในทรัพย์สิน มรดก และคนในครอบครัวจะเป็นผู้จัดการในส่วนนี้ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่องการเตรียมความพร้อมในช่วงบั้นปลายของชีวิต จะมีการกล่าวกับผู้ป่วย แต่ยังมีบุคลากรบางกลุ่มที่ไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว

“ทรัพย์สินไม่มีอะไร...ไม่มีใครอยากได้ ถ้าเป็นคนที่ดีแล จะได้ก็เป็นคนกลาง” P1 “จิตใต้สำนึกมันมีอยู่ ถ้าเราตายไป เอาให้คนนั้นเท่าไร ยิ่งยัย ไม่มี... เป็นพ่อเป็นแม่ เค้าจะไม่พูดถึง ไม่มีอะไรมาก ทรัพย์สินไม่มีอะไร” P2 “ถ้าลูกอยู่ในความรัก ความรับผิดชอบ รักแม่ เค้าจะไม่คำนึงถึงว่าใครจะได้อะไรอย่างงั้นอย่างงี้แล้วแต่ลูกจะไปตกลงกันเอง นอกจากคนที่รวย” P2 “ไม่มีอะไรต้องห่วงนะ...เงินทองเราก็ไม่ได้มีอะไรมากมาย..หนี้ไม่มี ก็พอใจแล้ว” P5 “ทรัพย์สิน ลูกๆ คงจัดการกันได้ ...ไม่มีอะไรจะเสีย ไม่ได้คาดหวังอะไร” P6 “..แต่มาขนาดนี้แล้ว ผมก็ไม่ได้อะไร ชีวิตมีหนี้เดียว เกิดหนี้เดียว ตายหนี้เดียว” P3

“ยังไม่เคยพูดกับคนไข้ตรง ๆ นะ บางครั้งก็ไม่มั่นใจที่จะพูดคุย หรือสื่อสารกับคนไข้และญาติ เข้าใจว่าเรื่องความตายค่อนข้างพูดยาก และต้องเข้าถึง เข้าใจจริง ๆ” HP5 “เคยพูดถึงการแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในการดูแลรักษาในช่วงบั้นปลายชีวิต เคยทำ...ด้วยระบบ การทำ family meeting กับ ผู้ป่วย / ครอบครัว เพื่อให้ได้ advance care plan” N1 “...เคยทำในกรณีที่เป็น case ยังไม่ได้เข้าระบบการดูแลแบบ PC และเข้าระบบแล้ว” HP1

การอภิปรายผล

ผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายของชีวิตได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ญาติ พี่น้อง ช่างบ้าน และบุตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Ritchie, and Leff, 2018) ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดลงจะนำโรงพยาบาลสถานพยาบาลที่เป็นต้นสังกัด โดยเฉพาะโรงพยาบาลในกรุงเทพฯ และโรงพยาบาลระดับตติยภูมิเพื่อให้การรักษาต่อ ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ไม่มีอาการแทรกซ้อน ช่วยเหลือตนเองได้ในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แต่ผู้ป่วยบางคนต้องใช้อุปกรณ์ในการช่วยเหลือในการเดินและ/หรือการขับถ่าย เช่น สามขา วอร์คเกอร์ และรถนั่งระหว่างการขับถ่ายอุจจาระ-ปัสสาวะ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่สุขสบายที่เกิดขึ้นจากพยาธิสภาพของโรคและการรักษา ที่เกิดจากการได้รับยาเคมีบำบัดหรือการฉายแสง (Hagmann, Cramer, Kestenbaum, Durazo, Downey, and Russell, 2018) สภาพจิตใจโดยทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล ยอมรับความเจ็บป่วยและความตายได้ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผ่านพ้นช่วงระยะวิกฤติมาเป็นเวลาหนึ่งแล้ว แต่มีบางคนยังคงให้กำลังใจกับตนเองเพื่อจะมีโอกาสที่จะดีขึ้นหากปฏิบัติตนเป็นอย่างดี และทำตามคำแนะนำอย่างเคร่งครัด ในขณะที่บางคนก็มีความกลัวว่าอาการของโรคจะรุนแรง หรือมีการลุกลามเพิ่มมากขึ้น เป็นผลให้ผู้ดูแลหลักและญาติ มีความรู้สึกหวั่นใจ ท้อถอยและเหนื่อยล้า หากผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ก็จะมีความรู้สึกสบายใจและมีความวิตกกังวลลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา กล่าวถึงการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองนั้น ควรใส่ใจกับครอบครัวและผู้ดูแลหลักที่มีความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ด้วย (Wittenberg, Reb, and Kanter, 2018) ผู้ป่วยบางคนขาดแหล่งช่วยเหลือ รับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน อย่างไรก็ตาม ญาติให้การช่วยเหลือและสนับสนุนเป็นอย่างดี ไม่ว่าจะเป็นค่าอาหาร ค่ารักษาพยาบาล รวมถึงค่าสาธารณูปโภค (Huisman, Geijteman, Dees, Schonewille, Wieles, and Zuylen, 2018)

การทำพินัยกรรมชีวิต ในการศึกษาครั้งนี้ ส่วนใหญ่ไม่รู้จัก ไม่มีการปฏิบัติ และไม่มีการเตรียมความพร้อม ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยระบุว่าควรมีการพูดคุยเกี่ยวกับ

ความตาย การบริจาคอวัยวะและการเตรียมความพร้อมก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตจริง ๆ ถึงแม้ผู้ป่วยมองว่าความตายเป็นเรื่องปกติ ส่วนทรัพย์สินมรดก ญาติ บุตรหลาน เป็นผู้ดูแล แต่การที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่แสดงเจตนาในช่วงบั้นปลายของชีวิต คือ การได้ดำรงชีวิตแบบเป็นปกติ ไม่มีห่วงในเรื่องทรัพย์สิน มรดก นั้น อาจไม่เพียงพอบุคลากรทางการแพทย์ที่ผ่านการอบรมเรื่องการเตรียมความพร้อมในช่วงบั้นปลายของชีวิต จะมีการกล่าวถึงในส่วนนี้กับผู้ป่วย แต่ยังมีบุคลากรบางกลุ่มที่ยังไม่มั่นใจในการสื่อสารกับผู้ป่วย เนื่องจากเป็นเรื่องที่ค่อนข้างอ่อนไหว และการใช้คำพูด ต้องระมัดระวังเป็นอย่างมาก (National Institute of Aging, 2021) ดังนั้นควรจัดให้มีการวางแผนดูแลรักษาตนเองล่วงหน้า (advance care plan) หรือมีอาการไม่สุขสบายที่ไม่สามารถจัดการอาการที่บ้านได้ และผู้ป่วยประคับประคองและระยะท้ายที่ครอบครัวสามารถดูแลได้ดี (Teerapon S., et al., 2022)

บุคลากรทางการแพทย์ช่วยเหลือผู้ป่วยตามบทบาทและหน้าที่ที่ได้รับเป็นปกติ ซึ่งมีความครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม (Huisman, Geijteman, Dees, Schonewille, Wieles, and Zuylen, 2018) เกสซ์กรดูแลเรื่องการใช้ยา นักวิชาการสาธารณสุขให้การดูแลส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัว โดยเข้าไปให้กำลังใจ ติดตามเยี่ยมบ้าน แต่ไม่กล่าวถึงการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยในระยะนี้ อาจเป็นเพราะว่าตามบทบาทวิชาชีพพยาบาลไม่มีอำนาจในการให้ยาระงับปวดแก่ผู้ป่วยในช่วงสุดท้ายได้ ซึ่งไม่สอดคล้องกับในต่างประเทศที่ให้บทบาทอิสระแก่พยาบาลวิชาชีพในการประเมินและให้ยาบรรเทาปวดบางชนิด (Huisman, Geijteman, Dees, Schonewille, Wieles, and Zuylen, 2018) อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยุควิถีชีวิตใหม่ยังคงต้องการทีมของบุคลากรทางการแพทย์เหล่านี้มาร่วมประชุมกันเพื่อดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และในชุมชน หรืออาจมีการใช้ระบบทางไกล (Telemedicine) การส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลไปยังที่บ้าน การจัดส่งยาผ่านระบบเยี่ยมบ้านหรือไปรษณีย์ การส่งต่อข้อมูล

ครบถ้วน การให้การดูแลตามแผนการรักษาและ
เพิ่มศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และ
ผู้ดูแลในชุมชน มีระบบปรึกษาเฉพาะ เพื่อ
เสริมสร้างคุณภาพชีวิตระยะท้ายแบบองค์รวม
ด้านจิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (Teerapon S., et

al., 2022) นอกเหนือจากการดูแลผู้ป่วยให้ครบ
องค์รวมแต่ควรต้องมีความเหมาะสม สามารถ
เข้าถึงได้ มีความยั่งยืนและมีคุณภาพมากที่สุด
เท่าที่จะกระทำได้ (Schroeder and Lorenz, 2018)

ข้อเสนอแนะ

บุคลากรทางการแพทย์โดยเฉพาะ แพทย์
พยาบาล เกสเซอร์ นักกายภาพบำบัด ควรศึกษา
เพิ่มเติมเกี่ยวกับการทำพินัยกรรมชีวิต (Living
Will) การแสดงเจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต
การเตรียมความพร้อมทางด้านร่างกาย การ
เตรียมความพร้อมด้านทรัพย์สินและหลักประกัน

ชีวิต และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยแบบ
ประคับประคองในโรงพยาบาลประจำอำเภอ
พร้อมกับสนับสนุนให้เกิดนโยบาย ตลอดจนการ
ปรับระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน หรือ
การดูแลผู้ป่วยในระดับปฐมภูมิต่อไป

References

- Boonchalermvipas S. Thai Living will; 1997 [cited 2020 12 September]. Available from:
<https://www.thailivingwill.in.th/content/...> (in Thai)
- Hagmann C, Cramer A, Kestenbaum A, Durazo C, Downey A, Russell M, et al. Evidence-based Palliative Care Approaches to Non-pain Physical Symptom Management in Cancer Patients. *Seminars in oncology nursing*. 2018;34(3):227-40.
- Huisman BAA, Geijteman ECT, Dees MK, Schonewille NN, Wieles M, van Zuylen L, et al. Role of nurses in medication management at the end of life: a qualitative interview study. *BMC palliative care*. 2020;19(1):68.
- Issaracharnvanich S. Good Death, Advanced Care Planning; 2021 [cited 2021 29 June]. Available from: <https://www.rama.mahidol.ac.th/palliative/sites/default/files/public/...pdf>. (in Thai)
- Jiamjarasangsri W. Literature Review of Chronic Care Model: CCM; 2021 [cited 2021 31 July]. Available from:
<http://164.115.27.97/digital/files/original/e6ab5e5675cf390aabd602f459896f32.pdf>. (in Thai)
- Nagaviroj K. Principle of Palliative Care. Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital Mahidol University; 2021 [cited 2021 20 July]. Available from:
<https://med.mahidol.ac.th/fammed/th/postgrad/doctorpalliative1th>. (in Thai)
- National Institute of Aging. End of Life: Providing Care and Comfort at the End of Life: U.S. Department of Health and Human Services; 2021 [cited 2021 20 May]. Available from: <https://www.nia.nih.gov/health/providing-comfort-end-life#what>.
- Palang C, Nunuan P. Social Support and Adaptation of Cancer Patients Receiving Services at the National Cancer Institute: Case Study Research. *Thai Cancer Journal*. 2020;40(2):62-74. (in Thai)
- Ritchie CS, Leff B. Population Health and Tailored Medical Care in the Home: the Roles of Home-Based Primary Care and Home-Based Palliative Care. *Journal of pain and symptom management*. 2018;55(3):1041-6.
- Schroeder K, Lorenz K. Nursing and the Future of Palliative Care. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2018;5(1):4-8.
- Tasprasit, T, Phimdee, P, Mongkolchai, S, Jullapan, P, and Puttatum, Y. (2020). The Development of the Palliative Care System for End of Life Patients at Udonthani Hospital. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*; 2021 [cited 2021 31 July]. Available from: [www.http://Admin/Downloads/9822-Article%20Text-20619-1-10-20130702.pdf](http://Admin/Downloads/9822-Article%20Text-20619-1-10-20130702.pdf). (in Thai)

- Teerapon S., et al. (2022). Manual of Caring Palliative Patients; for medical professional personnel. [cited 2023 26 October]. Available from www.dms.go.th/backend//Content/Content_File/Practice_guidelines/Attach/25640114130713PM_aw%20%...pdf (in Thai)
- Thai National health. Living WillB.E. 2550; 1997 [cited 2021 31 July]. Available from: <https://www.thailivingwill.in.th/content/%>. (in Thai)
- Thai National Health. Living WillB.E. 2561; 2018 [cited 2023 25 October]. Available from: https://www.thailivingwill.in.th/sites/default/files/Palliative%20Care_Edited_16102018_Rev2.pdf. (in Thai)
- Wittenberg E, Reb A, Kanter E. Communicating with Patients and Families Around Difficult Topics in Cancer Care Using the COMFORT Communication Curriculum. Seminars in oncology nursing. 2018;34(3):264-73.
- World Health Organization. Carcinoma; 2021 [cited 2021 29 June]. Available from: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer. (in Thai)
- Yodmongkol P. Manual for People; Palliative Care; 2013. Pimdee Co.Ltd. Nonthaburi. (in Thai)