

บทความวิชาการ

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านของผู้ดูแล ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

กัมพล อินทรทะกุล¹ อาวีวรรณ วิทยาธิกรณศักดิ์²ปฐมภรณ์ อาษานอก³ ชุริภรณ์ สีสกันตสุติ⁴สุริพร ธนศิลป์⁵

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดแบบประคับประคองที่บ้าน (home-based palliative care) นั้นมีความสำคัญเนื่องจากการดูแลที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสะดวกสบายในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดค่าใช้จ่ายจากการเดินทางเพื่อมารับการรักษา ลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแล โดยการสนับสนุนให้ข้อมูล ความรู้ และการสนับสนุนทางด้านจิตใจเพื่อเสริมสร้างความมั่นใจและทักษะในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด การสนับสนุนนี้ยังมีส่วนช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพในครอบครัวและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านต้องอาศัยการบูรณาการความช่วยเหลือจากครอบครัว ระบบสุขภาพ และชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลและตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยอย่างเป็นองค์รวม

คำสำคัญ: การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน/ ผู้ดูแล/ ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม/ ยาเคมีบำบัด

¹⁻³ พยาบาลวิชาชีพประจำหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (เคมีบำบัด) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล

คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

⁴ หัวหน้าหอผู้ป่วยมหาวชิราวุธ 6A (เคมีบำบัด) ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลวชิรพยาบาล คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล

มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

⁵ ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ

¹ Corresponding Author, Email: Kampon.int@gmail.com

Review article

Home-based palliative care for caregivers of advanced cancer patients undergoing chemotherapy

Kampon Introntakun¹ Arveewan Vittayatigonnasak²

Pattamaporn Arsanok³ Chureeporn Silaguntsuti⁴

Sureeporn Thanasilp⁵

Abstract

Home-based palliative care for advanced cancer patients undergoing chemotherapy is essential, as it provides comfort in a familiar environment, reduces costs associated with hospital visits, and lowers the risk of infections related to chemotherapy. Nurses play a critical role in preparing caregivers by offering vital information, knowledge, and emotional support, helping to build their confidence and skills in managing symptoms and chemotherapy side effects. This support not only strengthens family relationships but also improves the patient's quality of life. However, effective home-based palliative care requires an integrated approach, involving the family, healthcare systems, and community resources to enhance care quality and holistically address the patient's needs.

Keywords: home-based palliative care/ caregivers/ advanced cancer patients/ chemotherapy

¹⁻³ Registered nurse at Mahavajiravudh ward 6A (chemotherapy), Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁴ Head of Mahavajiravudh ward 6A (chemotherapy), Department of Nursing, Faculty of Medicine Vajira Hospital, Navamindradhiraj University, Bangkok

⁵ Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

¹ Corresponding Author, Email: Kampon.int@gmail.com

บทนำ

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน (home-based palliative care) มีแนวโน้มเป็นที่สนใจเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะในบริบทของการรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการบำบัดด้วยยาเคมีบำบัด เนื่องจากการดูแลในสภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและสะดวกสบายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถได้รับการดูแลที่เหมาะสม¹ ในขณะเดียวกันช่วยรักษาความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยยังช่วยลดความเครียด และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยรวมถึงผู้ดูแล²

การดูแลที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา เช่น ความเหนื่อยล้า คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวด และการเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ของผู้ป่วย³ ซึ่งการดูแลที่บ้านยังสามารถปรับเปลี่ยนได้อย่างยืดหยุ่นตามความต้องการเฉพาะและสถานการณ์ของผู้ป่วย⁴ ตัวอย่างเช่น การจัดการกับอาการข้างเคียง ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน และความเหนื่อยล้า ซึ่งเกิดจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการและดูแลผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ การดูแลแบบประคับประคองที่บ้านช่วยลดค่าใช้จ่ายรวมทั้งค่าเดินทาง และลดความเสี่ยงจากการติดเชื้อที่อาจเกิดจากการรักษาในโรงพยาบาล^{5,6}

การดูแลที่บ้านแม้จะมีข้อดีมากมาย แต่ก็มีความท้าทายที่สำคัญ ซึ่งผู้ดูแลต้องรับมือกับการจัดการอาการเจ็บปวดและผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่บางครั้งอยู่ในระดับที่รุนแรง รวมถึงการให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและสมาชิกครอบครัว⁷ การขาดการสนับสนุนที่เหมาะสมอาจส่งผลเสียต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและเพิ่มความเครียดให้แก่ผู้ดูแล

การเตรียมความพร้อมโดยได้รับการสนับสนุนจากพยาบาล ได้แก่ ความรู้ ทักษะ และการประสานงาน กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้^{8,9} การสนับสนุนจากพยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ดูแลรับมือและให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระงานเพิ่มคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล การพัฒนา และการนำแนวทางการดูแลที่บ้านจึงเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลได้อย่างแท้จริง^{10,11}

จากการทบทวนการศึกษาที่ผ่านมา และข้อมูลที่มีอยู่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน³ แต่ข้อมูล และความรู้ในด้านนี้ยังคงมีข้อจำกัด การรวบรวมข้อมูลใหม่และการศึกษาเพิ่มเติมจึงเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาแนวทางการดูแลให้มีประสิทธิภาพ และตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลายของผู้ป่วยและผู้ดูแล การจัดทำบทความวิชาการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมและสรุปองค์ความรู้ที่มีอยู่เกี่ยวกับการดูแลแบบประคับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด และเพื่อเสนอข้อมูลเบื้องต้นในบทบาทของพยาบาลที่อาจจะใช้ประกอบการปรับปรุงและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดให้มีคุณภาพ เกิดความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน คือ กิจกรรมการดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในบริบทของบ้านหรือที่พักอาศัย เป็นกิจกรรมที่อาศัยความร่วมมือของสมาชิกในครอบครัว กระทำด้วยความเต็มใจ ช่วยให้ผู้ป่วย และคนในครอบครัวได้มีเวลาอยู่ใกล้ชิดกัน

สร้างสัมพันธภาพที่ดีส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี การดูแลที่บ้านเป็นบริบทการดูแลที่ผู้ป่วย มีความคุ้นชินกับสภาพทางกายภาพของบ้าน ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกปลอดภัยนำมาซึ่งความสงบ หากต้องเผชิญกับวาระสุดท้ายของชีวิตหรือ ความตาย การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน มีความสำคัญ^{4,12,13} ดังนี้

1. การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย สามารถใช้ชีวิตในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ส่งผลดี ต่อคุณภาพชีวิต โดยเฉพาะด้านจิตใจ และอารมณ์ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจและปลอดภัยมากขึ้นเมื่อ ได้รับการดูแลในบ้านของตนเอง ทำให้การฟื้นตัว และการตอบสนองต่อการรักษาดีขึ้น

2. การลดภาระทางการแพทย์ การดูแล ที่บ้านช่วยลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลบ่อย ๆ และลดการใช้ทรัพยากรทางการแพทย์ ช่วยประหยัด ค่าใช้จ่ายทั้งของครอบครัวและระบบสุขภาพ ลดความแออัดในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการหนัก สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ได้เร็วขึ้น

3. การสนับสนุนผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลหลักมักต้องเผชิญกับความเครียด และความกดดัน การมีระบบสนับสนุนที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการต่าง ๆ ได้ดีขึ้น รูปแบบการสนับสนุน ได้แก่ การให้ข้อมูล คำแนะนำ การฝึกอบรม และการสนับสนุน ด้านจิตใจ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจ และสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. เพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ทำให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะ ของผู้ป่วยได้ดีกว่า เนื่องจากผู้ดูแลสามารถปรับ การดูแลให้เหมาะสมกับสถานการณ์จริงในแต่ละวัน สามารถสังเกตและประเมินอาการของ

ผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิด ทำให้ตอบสนองต่ออาการ ที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น

5. ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถใช้เวลาร่วมกับครอบครัวในช่วงเวลา ที่สำคัญในชีวิต จึงเป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างมาก

6. ลดภาระด้านเศรษฐกิจ การดูแลที่บ้าน สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา เมื่อเทียบกับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ ยังช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และเวลา ที่ต้องเดินทางไปยังโรงพยาบาล การดูแล แบบประคับประคองที่บ้านมีความสำคัญ ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึง ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว และทำให้ การดูแลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน จากการศึกษาของ กัมพล อินทรทะกุล และคณะ³ พบว่า เป็นการดูแลที่ต้องอาศัยความเชื่อมโยงจาก ครอบครัว ระบบสุขภาพ และชุมชนมีส่วนร่วมให้ การดูแล หรือเรียกได้ว่าเป็นการดูแลที่มี สหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วยดังนี้

1. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก ครอบครัว เป็นการดูแลที่อาศัยความสัมพันธ์ ที่เกิดขึ้นจากคนในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ที่บ้าน ในบริบทของการดูแลผู้ป่วยที่รายล้อมไป ด้วยบุคคลอันเป็นที่รักเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีการพลัดเปลี่ยนหมุนเวียนดูแล และสนับสนุน ค่าใช้จ่ายในการดูแล

2. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจาก ระบบสุขภาพ การดูแลที่บ้านต้องพัฒนาความรู้

และทักษะที่จำเป็นให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สุขภาพมีการสนับสนุนในเรื่อง การให้ความรู้ คำแนะนำ รวมถึงการฝึกทักษะที่ใช้ สำหรับดูแลผู้ป่วย

3. การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนจากระบบสุขภาพชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยได้รับการตรวจเยี่ยมจากอาสาสมัครสาธารณสุขจิตอาสาในชุมชน เข้าให้การช่วยเหลือตรวจเยี่ยมสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงการให้ความช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินเพื่อนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษา ต่อเนื่องจากบ้านสู่โรงพยาบาล

ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดส่งผลกระทบอย่างมากต่อผู้ดูแล ทั้งทางกาย จิตใจ และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลมักเผชิญกับความเครียด ความเหนื่อยล้า และภาระทางการเงินที่เพิ่มขึ้น บทความนี้จะสรุปและวิเคราะห์ผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น เพื่อสร้างความเข้าใจในความท้าทายของการดูแลผู้ป่วยในบริบทนี้^{14,15}

1. ผลกระทบทางกายภาพต่อผู้ดูแล ความเหนื่อยล้าทางกาย: การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดต้องใช้พลังงานมาก ผู้ดูแลมักประสบกับความเหนื่อยล้า ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายของตนเอง เช่น การนอนหลับไม่เพียงพอ หรือปวดเมื่อยตามร่างกาย ความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลา และพลังงานในการดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานาน อาจทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของตนเองอ่อนแอลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยได้

2. ผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ ความเครียดและความกดดัน การดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักและต้องเผชิญกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดสามารถทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความกดดันอย่างมาก ซึ่งอาจนำไปสู่

ความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าได้ ความรู้สึกสิ้นหวัง ผู้ดูแลมักต้องเผชิญกับความรู้สึกสิ้นหวังหรือท้อแท้ เมื่อเห็นผู้ป่วยที่ตนดูแลมีอาการทรุดลง หรือตอบสนองต่อการรักษาได้ไม่ดี ความรู้สึกนี้สามารถทำให้ผู้ดูแลรู้สึกโดดเดี่ยว และไม่มีที่พึ่งพาได้

3. ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การสูญเสียเวลาส่วนตัว การที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ขาดเวลาส่วนตัวในการทำกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบหรือใช้เวลากับครอบครัวและเพื่อนฝูง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตโดยรวม ความยากลำบากในการรักษาสมดุลชีวิต ผู้ดูแลมักต้องการสมดุลระหว่างการดูแลผู้ป่วยและการทำงาน การรักษาชีวิตส่วนตัว การทำงาน และการดูแลครอบครัวในขณะเดียวกันเป็นสิ่งที่ท้าทาย และอาจทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าชีวิตของตนเองไม่มีความสมดุล

4. ผลกระทบทางสังคม การแยกตัวจากสังคม: ผู้ดูแลอาจรู้สึกว่าไม่มีเวลาหรือพลังงานในการสื่อสารกับเพื่อนฝูงหรือเข้าร่วมกิจกรรมสังคม ซึ่งอาจนำไปสู่การแยกตัวจากสังคม และความรู้สึกโดดเดี่ยว การขาดการสนับสนุนจากสังคม: บางครั้งผู้ดูแลอาจไม่ได้รับการสนับสนุนที่เพียงพอจากครอบครัวหรือเพื่อน ทำให้ต้องเผชิญกับภาระการดูแลเพียงลำพัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้ดูแล

5. ผลกระทบทางเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในการดูแล การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัดอาจมีค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งอาจเป็นภาระหนักสำหรับผู้ดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีที่ต้องหยุดทำงานหรือทำงานน้อยลงเพราะต้องพุ่มเทเวลาในการดูแล ผลกระทบต่อรายได้ ผู้ดูแลที่ต้องหยุดทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วย อาจต้องเผชิญกับปัญหาทางการเงินเนื่องจากรายได้ลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ความเครียดทางการเงิน

6. การสนับสนุนและการช่วยเหลือ
 ความสำคัญของการสนับสนุนจากครอบครัว และ
 ชุมชนการได้รับการสนับสนุนทางจิตใจ และ
 ทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนหรือชุมชนเป็น
 สิ่งสำคัญในการลดความเครียดและความกดดัน
 ของผู้ดูแล การใช้บริการสุขภาพที่บ้าน: บริการ
 สุขภาพที่บ้าน เช่น การปรึกษาทางการแพทย์
 การให้คำแนะนำ และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ
 สามารถช่วยลดภาระการดูแลและเพิ่มความมั่นใจ
 ให้กับผู้ดูแลได้ การดูแลผู้ป่วยระยะลุกลาม
 ที่ได้รับยาเคมีบำบัดมีผลกระทบหลายด้าน
 ต่อผู้ดูแล ตั้งแต่ผลกระทบทางกายภาพ จิตใจ
 และอารมณ์ไปจนถึงผลกระทบทางสังคม และ
 เศรษฐกิจ การทำความเข้าใจถึงผลกระทบเหล่านี้
 เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการพัฒนานโยบาย และ
 บริการที่จะสนับสนุนผู้ดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
 การได้รับความช่วยเหลือและสนับสนุนที่เพียงพอ
 จากครอบครัว ชุมชน และระบบสุขภาพสามารถ
 ช่วยลดผลกระทบที่เกิดขึ้น และเสริมสร้างคุณภาพ
 ชีวิตของทั้งผู้ดูแลและผู้ป่วย

บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้ป่วยระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด

การพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วย
 ระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ถือได้ว่าเป็น
 บทบาทของพยาบาล เนื่องจากผู้ดูแล
 เป็นผู้ส่งผ่านกระบวนการพยาบาลไปสู่ผู้ป่วย
 เมื่อต้องกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้าน จากการศึกษา
 ของสุริพร ธนศิลป์ พบว่า กระบวนการพยาบาล
 สามารถแบ่งได้ 2 ระยะ ¹⁶ ดังนี้

ระยะที่ 1 การพยาบาลผู้ป่วยระยะเจ็บป่วย

1. การให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแล ในการติดตาม
 การรักษาต่อเนื่อง เพื่อควบคุมอาการ ชะลอ
 ความรุนแรงของโรค มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วม
 ของผู้ดูแล

2. การให้คำแนะนำผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแล
 กิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยระยะลุกลาม
 ที่ได้รับยาเคมีบำบัด เกี่ยวกับวิธีในการดูแลตนเอง
 หลังรับยาเคมีบำบัด

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และ
 ความเจ็บป่วยแก่ผู้ดูแลในครอบครัว หากผู้ดูแล
 เกิดความรู้สึกตกใจเกี่ยวกับโรค หรือยังอยู่ในระยะ
 ที่ยังไม่ยอมรับการเจ็บป่วยให้ความช่วยเหลือ
 ด้วยการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล

4. การส่งต่อการรักษาไปยังหน่วยที่เกี่ยวข้อง
 เพื่อสนับสนุนแหล่งประโยชน์ในชุมชนแก่ผู้ดูแล
 ในกรณีที่ ต้องขอความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ
 จากชุมชน หรือหน่วยบริการสุขภาพใกล้บ้าน

5. ส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้เข้าร่วมกลุ่ม
 สนับสนุนผู้ดูแล เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้
 ผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายกันได้แลกเปลี่ยน
 ประสบการณ์ดี ๆ รวมทั้งการส่งมอบกำลังใจของ
 กลุ่ม เพื่อลดความเครียดจากการรับบทบาท
 เป็นผู้ดูแล

ระยะที่ 2 การพยาบาลผู้ป่วยระยะท้าย

1. พยาบาลให้ความสำคัญกับการตระหนัก
 ถึงความต้องการของผู้ป่วย และผู้ดูแลเกี่ยวกับ
 การยอมรับความตาย และทัศนคติเกี่ยวกับความตาย

2. การเตรียมผู้ดูแลให้ทราบข้อมูล
 การเจ็บป่วย โอกาสในการเสียชีวิต และวาระสุดท้าย
 ของผู้ป่วยที่เข้าใกล้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลได้มี
 การเตรียมใจ มีการวางแผนล่วงหน้าสำหรับ
 การเสียชีวิตของผู้ป่วย และเตรียมเกี่ยวกับพิธี
 ทางศาสนา บางครั้งในระยะนี้ผู้ดูแลบางรายอาจ
 เกิดความวิตกกังวล ลังเลเกิดความรู้สึกผิดเกี่ยวกับการ
 การยุติการรักษา ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด
 อึดอัด ซึ่งพยาบาลควรให้ข้อมูลที่เพียงพอ เหมาะสม
 และคอยรับฟังความรู้สึกของผู้ดูแล

3. ส่งเสริมให้ผู้ดูแล ญาติพี่น้อง และสมาชิกในครอบครัวรายอื่น ๆ มีการขอโทษกรรมซึ่งกันและกัน การสื่อสารกับผู้ป่วยโดยใช้การสื่อสารทางเดียวผ่านการได้ยิน เนื่องจากการได้ยินเป็นสิ่งสุดท้ายที่ผู้ป่วยในระยะนี้จะสูญเสียไป และช่วยลดเบี่ยงภาวะติดค้างภายในจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว อันนำมาซึ่งการจากไปอย่างสงบ

แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยระยะระยะลุกลามต่อเนื่องที่บ้าน

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล ในขณะก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย ถือเป็นกระบวนการพยาบาลที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน เนื่องจากผู้ดูแลเป็นผู้ส่งผ่านกระบวนการพยาบาลสู่ผู้ป่วยโดยตรงเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเตรียมผู้ดูแลให้พร้อมต้องคำนึงถึงการพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว การเตรียมสถานที่ การเตรียมวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์^{3,5,17} ดังนี้

1. การประเมินความต้องการของผู้ดูแล การประเมินความสามารถและข้อจำกัด ทำความเข้าใจถึงความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ป่วย รวมถึงข้อจำกัดทางกายภาพและจิตใจ การระบุความต้องการเฉพาะ การประเมินความต้องการพิเศษที่ผู้ดูแลอาจมี เช่น การฝึกอบรมในการดูแลเฉพาะทาง การสนับสนุนด้านสุขภาพจิต หรือการสนับสนุนทางสังคม

2. การฝึกอบรมและการให้ความรู้ การฝึกอบรมด้านการดูแลผู้ป่วย การจัดการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่น การให้การดูแลแผล และการจัดการกับอาการข้างเคียงของการรักษา การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค และการรักษา ให้ข้อมูลที่จำเป็นเกี่ยวกับสภาพแวดล้อม

ของผู้ป่วยและวิธีการรักษาเพื่อให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ดีขึ้น

3. การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารตามความต้องการ จากการศึกษาของกัมพล อินทรทะกุล และคณะ³ พบว่า ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่าคุณป่วยอยู่อีกไม่นานตอนที่ผู้ป่วยยังมีชีวิตอยู่ “ยังทานอะไรได้ก็จะหาให้ทาน และหากเป็นอาหารแสลงก็จะไม่ห้าม เพราะเป็นความสุขของผู้ป่วย” ซึ่งเป็นการดูแลที่ใช้ความเข้าใจ ไม่ใช่การบังคับหรือมีข้อจำกัดทางอาหารมากเกินไป จนทำให้ผู้ป่วยเกิดความอึดอัด ความเครียด โดยแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ ดังต่อไปนี้

3.1 การดูแลให้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ เนื่องจากการได้รับอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยบำรุงและฟื้นฟูสภาพร่างกายของผู้ป่วยให้มีแรงสู้กับโรค และการรักษา เพราะส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักรับประทานอาหารได้ลดลงซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์จะช่วยลดโอกาสในการเกิดภาวะทุพโภชนาการที่สัมพันธ์กับอาการไม่พึงประสงค์จากการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดได้

3.2 การดูแลให้รับประทานอาหารสอดคล้องกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงโดยผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อย การรับรสชาติอาหารเปลี่ยนแปลง คลื่นไส้ อาเจียน ท้องอืด ท้องเสีย เจ็บในช่องปาก แขนงท้องเนื่องจากขนาดก้อนมะเร็งที่ใหญ่ขึ้น โดยให้ข้อมูลรูปแบบอาหารที่มีความสอดคล้องกับสภาพร่างกาย เช่น อาการเจ็บในช่องปากแนะนำรับประทานอาหารอ่อน เหลว รสไม่จัด อาการเบื่ออาหารแนะนำอาหารเสริมทางการแพทย์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารมากขึ้น

3.3 การดูแลให้รับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะได้รับผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด มีแผลในช่องปาก เจ็บในช่องปากและลิ้น ภาวะกลืนลำบาก ผู้ดูแลควรส่งเสริมให้อาหารที่ผู้ป่วยชอบ เพื่อผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น

4. การส่งเสริมการดูแลความสะอาดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมความสุขสบายและความปลอดภัย เช่น คำแนะนำเรื่องการทำความสะอาดเตียง การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปัสสาวะ อุจจาระ เป็นต้น และด้านความปลอดภัย แนะนำการดูแลความสะอาดพื้นห้องน้ำให้แห้ง และสะอาดอยู่ตลอด เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากการลื่นล้มในห้องน้ำ

5. การวางแผนการดูแลตามความเชื่อทางศาสนา ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักมีความเครียดด้านจิตใจการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยประกอบกิจทางศาสนา เช่น การสวดมนต์เพื่อให้จิตใจสงบ ก่อนเข้านอน การเจริญสติด้วยวิธีภาวนา ทางศาสนาพุทธ การละหมาดทางศาสนาอิสลาม เข้าโบสถ์ทางศาสนาคริสต์ เป็นต้น การมีสติจะช่วยเกิดความสงบ ทางจิตใจ

6. การส่งเสริมการดูแลให้ผู้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับความตาย และลดความกลัว ผู้ป่วยมะเร็งส่วนใหญ่มักพบว่า มีความรู้สึกกลัวตาย เนื่องจากทำใจให้ยอมรับไม่ได้หากต้องตาย เป็นปัญหาที่ต้องเผชิญเมื่อต้องดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ดูแลควรแก้ปัญหาด้วยการชวนพูดคุย พยายามไม่ให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียว ใช้การสัมผัส คอยเฝ้าให้ผู้ผู้ป่วยอยู่ในสายตา และใช้วิธีการประคบอยู่เคียงข้างกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยคลายความกลัว³

7. การจัดการ ด้านจิตใจ และอารมณ์ ความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งนั้นย่อมส่งผลต่อจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วย มักมีอารมณ์ขุ่นมัว ซึมเศร้า

หงุดหงิดง่ายขึ้น จึงควรได้รับการดูแล ด้วยการให้กำลังใจ และปลอบโยนจากคนรอบข้าง ในรูปแบบการกอด สัมผัส พูดคุยให้กำลังใจ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ และมีอารมณ์ที่ผ่อนคลาย

8. การส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดการยอมรับการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วย ผู้ป่วยจะมีอารมณ์หลากหลายและแปรปรวนได้ง่าย หากไม่ถูกใจสิ่งที่ผู้ดูแลทำหรือผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่ไม่สบาย เช่น อาการปวด หรือผู้ดูแลคะยั้นคะยอให้ทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ผู้ป่วยอาจแสดงอารมณ์เหวี่ยง หงุดหงิด โมโห ครั้งแรกที่พบเหตุการณ์ดังกล่าวผู้ดูแลมักจะเกิดความรู้สึกตกใจกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น บางรายรู้สึกโกรธ รู้สึกโมโหแต่ทำอะไรไม่ได้ ต้องนั่งอย่างเดียวเนื่องจากการโต้ตอบด้วยอารมณ์ไม่ได้ทำอะไรดีขึ้น ต้องคิดเสมอว่า “เขาป่วย” และคิดต่อว่า หากตนเองป่วยคงมีความรู้สึกเช่นเดียวกับผู้ป่วย ดังนั้นทางออกที่ดีที่สุด คือ ผู้ดูแลต้องฝึกการนั่งปล่อยวาง แนะนำว่าไม่ควรโต้ตอบแต่จะหาวิธีการให้ผู้ผู้ป่วยอารมณ์ดี เช่น ในกรณีที่ผู้ป่วยปวดจะช่วยนวดบรรเทาอาการให้ผู้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลาย แล้วลืมนอารมณ์หงุดหงิดนั้นไป

9. การวางแผนการดูแลที่บ้าน การจัดการสภาพแวดล้อม การเตรียมบ้านให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหวหรือการทำให้บ้านปลอดภัย การวางแผนการดูแล การจัดทำแผนการดูแลที่ชัดเจนและเป็นระบบ รวมถึงการกำหนดหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้ดูแล

10. การจัดการเรื่องการเงิน และการบริหารทรัพยากร การวางแผนทางการเงิน การจัดการค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยและการประเมินแหล่งทุนที่อาจใช้ได้ เช่น การประกันสุขภาพหรือความช่วยเหลือทางการเงิน การบริหารทรัพยากร การจัดสรรทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น

การจัดการเวลา การใช้บริการจากองค์กรช่วยเหลือ และการจัดเตรียมสิ่งของที่จำเป็น

11. การสนับสนุนจากชุมชน และบริการสุขภาพ การใช้บริการจากภายนอก การจัดหาบริการเสริม เช่น บริการสุขภาพที่บ้าน หรือการให้คำปรึกษาจากมืออาชีพ เพื่อสนับสนุนผู้ดูแล การสร้างเครือข่ายสนับสนุน การเชื่อมโยงกับกลุ่มสนับสนุนหรือองค์กรที่สามารถให้ความช่วยเหลือ และข้อมูลเพิ่มเติม

12. การประเมินปรับปรุง ติดตาม และประเมินผล โดยมีการประเมิน แผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงได้ การปรับปรุงแผนการดูแล การปรับแผนการดูแล และการเตรียมความพร้อมตามความเปลี่ยนแปลงของสภาพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลก่อนวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย เป็นกระบวนการสำคัญในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างถูกต้อง ครอบคลุมตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ดูแล การฝึกอบรมให้มีความรู้ในด้านต่าง ๆ เช่น การให้ยา การดูแลแผล และการจัดการอาหาร การจัดการสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัย การดูแลจิตใจของผู้ป่วย โดยผ่านการสนับสนุนทางศาสนา และการจัดการความกลัวต่อความตาย นอกจากนี้ยังรวมถึงการวางแผนทางการเงิน การใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และการสนับสนุนจากชุมชนและบริการสุขภาพ ผู้ดูแลยังต้องมีการประเมินและปรับปรุงแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองต่อสภาพและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วย

สรุป

การดูแลแบบประคับประคองโดยใช้บ้านเป็นฐาน (home-based palliative care) เป็นแนวทางสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับยาเคมีบำบัด ซึ่งมีประโยชน์ในการสร้างสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย และสะดวกสบายแก่ผู้ป่วย การดูแลที่บ้านช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดความเครียด และรักษาความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย โดยผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการจัดการกับอาการและผลข้างเคียงจากการรักษา นอกจากนี้ยังลดภาระค่าใช้จ่าย และความยุ่งยากจากการเดินทางไปโรงพยาบาล การดูแลที่บ้านแม้มีข้อดีมากมาย แต่ก็เผชิญกับความท้าทาย เช่น การจัดการอาการเจ็บปวด และผลข้างเคียงที่รุนแรง รวมถึงการสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การเตรียมความพร้อม และการสนับสนุนจากพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถรับมือกับความท้าทายเหล่านี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อ้างอิง

1. Zhang J, Wang C, Huang L, Zhang J. Continuous care needs in patients with cancer receiving chemotherapy during the recent Omicron wave of COVID-19 in Shanghai: a qualitative study. *Front Psychol.* 2022;13:1067238.
2. Driller B, Maienborn C, Aasen EM, Kolstrøm A, Talseth-Palmer B, Hole T, et al. Normality and compassionate care: experiences from advanced cancer patients in their last time at home. *BMC Prim Care.* 2024;25(1):245.

3. กัมพล อินทรทะกุล, สุวีพร ธนศิลป์, ปิ่นหทัย ศุภเมธพร. ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่บ้านของผู้ดูแลในครอบครัว. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2023;35(2):12-23.
4. Hwang IY, Woo GU, Lee SY, Yoo SH, Kim KH, Kim MS, et al. Home-based supportive care in advanced cancer: a systematic review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024;14(2):132-148.
5. Nordly M, Vadstrup ES, Sjøgren P, Kurita GP. Home-based specialized palliative care in patients with advanced cancer: a systematic review. *Palliat Support Care*. 2016;14(6):713-724.
6. Introntakun K, Silaguntsuti C, Vittayati gonnasak A, Supawattanaobodee B, Parklug P. Effect of discharge planning for colorectal cancer patients using patterns METHOD-P on the knowledge of adverse reactions management after receiving chemotherapy. *Vajira Nurs J*. 2020;22(1):1-14.
7. Hazelwood DM, Koeck S, Wallner M, Anderson KH, Mayer H. Patients with cancer and family caregivers: management of symptoms caused by cancer or cancer therapy at home. *HeilberufeSci*. 2012;3(4):149-158.
8. Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs*. 2021;20(1):158.
9. Paul A, Fernandes E. Experiences of caregivers in a home-based palliative care model-a qualitative study. *Indian J Palliat Care*. 2020;26(3):306-311.
10. Becqué YN, Rietjens JAC, van der Heide A, Witkamp E. How nurses support family caregivers in the complex context of end-of-life home care: a qualitative study. *BMC Palliat Care*. 2021;20(1):162.
11. Tipseankhum N, Tongprateep T, Forres-ter DA, Silpasuwun P. Experiences of people with advanced cancer in home-based palliative care. *Pac Rim Int J Nurs Res*. 2016;20(3):238-251.
12. Larki M, Latifnejad Roudsari R. Home-based care, the missing link in caring for patients living with HIV/AIDS and their family members: a narrative review. *Int J Community Based Nurs Midwifery*. 2020;8(3):190-208.
13. Kirtania M, Katta A. Essential elements of a home-based palliative care model: a rapid review. *Indian J Palliat Care*. 2023;29(4):359-367.

14. Wang L, Huang Q, Ju C, Pan X. The effect of continuous care on the recovery of patients with advanced colorectal cancer undergoing chemotherapy. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(42).
15. Hirayama K, Kuribara T, Oshikiri M. Experiences of the older spousal caregivers of patients with cancer during palliative chemotherapy: a qualitative descriptive study. *BMC Palliat Care*. 2023;22(1):188.
16. สุรียพร ธนศิลป์. การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน. ใน: การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2020.
17. Gabriel I, Creedy D, Coyne E. A systematic review of psychosocial interventions to improve the quality of life of people with cancer and their family caregivers. *Nurs Open*. 2020;7(5):1299-1312.