

ประสบการณ์การจัดการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย
ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง
Experience in Quality of Life Management Among End-Stage Liver Cancer
Patients With Caregivers and Health Personnel at University Hospital

¹อุมาพร นุ่มหันต์, ²รณภูมิ สามัคคีคารมย์ และ ³พรทิพย์ จอมพุก

¹Umaporn Numhan, ²Ronnapoom Samakkeekarom and ³Pornthip Chompook

หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

Health Promotion Management, Faculty of Public Health, Thammasat University

E-mail: ¹Toktak_tk_toonkoon@hotmail.com

²ronnapoom.s@fph.tu.ac.th, ³pchompook@gmail.com

Received February 10, 2023; Revised April 5, 2023; Accepted April 24, 2023

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย 2) ศึกษาประสบการณ์การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา พื้นที่วิจัยคือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง เก็บข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตแบบมีส่วนร่วมเพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูล มีผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม 1) ผู้ดูแล 10 คน 2) ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย 10 คน และ 3) บุคลากรทางการแพทย์ 5 คน ใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง โดยวิเคราะห์เนื้อหาแล้วเขียนบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า 1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย มุมมองประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายไว้ตรงกันว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เป็นการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วย เผชิญกับอาการของโรค เผชิญความเครียดและความสิ้นหวัง โดยมีญาติเป็นผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำ รักษาแบบประคับประคอง และพบผลกระทบที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตขณะเจ็บป่วยทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ 2) มีรูปแบบการจัดการที่หลากหลาย คือ การจัดการอาการโดยใช้ยา ซึ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจะมีการจัดการที่มีการจ่ายมอร์ฟิน ผู้ดูแลจัดการอาการแบบไม่ใช้

ยาโดยการเปิดเพลงบรรเลง ผู้ป่วยได้รับการจัดการความเครียดและการสนับสนุนทางสังคมแบบ
ปฐมนิเทศจากผู้ดูแลแบบทฤษฎี จากทีมบุคลากรสหวิชาชีพ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ มีการจัดการ
ด้านการสื่อสารข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลและการจัดการในวาระสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยมอง
ความตายเป็นความสุขสงบ

คำสำคัญ: มะเร็งตับระยะสุดท้าย; คุณภาพชีวิต; การจัดการคุณภาพชีวิต; โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

Abstract

This article aimed to study 1) the necessity related to the quality of life of patients with terminal liver cancer and 2) the experience of managing the quality of life of patients with terminal liver cancer in the university hospital. The design of this research was qualitative. The study model was a phenomenological study area, which was a university hospital. Data were collected through in-depth interviews and participant observation to verify the validity of the data. There were 3 groups of informants: 1) 10 caregivers; 2) 10 patients with terminal liver cancer; and 3) 5 medical personnel using purposive sampling. The research tool was a semi-structured interview (semi-structured) by analyzing the content and writing a descriptive narrative.

The research results were found as follows: 1. Quality of life of patients with terminal liver cancer Caregiver's perspective on life experiences Patients and medical personnel. The definition of quality of life for patients with terminal liver cancer is the same as the quality of life of terminally ill cancer patients: living while sick. face the symptoms of the disease Coping with stress and despair with relatives as caregivers and medical personnel to give advice on palliative treatment and finding the effect caused by illness with liver cancer in the last stage affecting the quality of life during illness in all four aspects, namely physical effects Emotional and psychological effects social impact and spiritual impact; 2. There are various management styles. Medicated symptom management, in large hospitals, especially university hospitals, is managed where morphine is administered. The caregiver manages the symptoms non-drug by playing instrumental music. Patients received stress management and primary social support from their caregivers. A secondary study from a multidisciplinary personnel team found that medical personnel managed bad news communication to patients and caregivers and end-of-life management. to give patients Seeing death as happiness.

Keywords: End-stage Liver Cancer; Quality of life; Quality of life management; University Hospital

บทนำ

โรคมะเร็งตับเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขสำคัญของการป่วยและการตายทั่วโลก จากสถิติสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2559) พบการตายจากโรคมะเร็งตับมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี เกิดได้ทุกช่วงวัย และพบว่าเป็นโรคที่มีการพยากรณ์ได้ไม่ดี การพยากรณ์โรคไม่เกิน 6 เดือน ในระยะแรกจะไม่แสดงอาการ จะแสดงอาการเมื่อโรคเข้าสู่ในระยะสุดท้าย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันเทคโนโลยีในการดูแลรักษาโรคมะเร็งจะมีความก้าวหน้า แต่การที่ผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรค ย่อมต้องเผชิญความทุกข์ทรมาน ส่งผลให้ต้องประสบปัญหามากมาย ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง ผลกระทบดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิต และยังพบว่าประสบการณ์การใช้ชีวิตของผู้ป่วยแต่ละบุคคลมีความแตกต่างกัน การดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย จะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วย เกิดจากปฏิสัมพันธ์ที่สลับซับซ้อนระหว่างผู้ป่วยในระยะสุดท้ายและผู้ดูแลรักษาแบบประคับประคอง Wilson and Cleary (1995) กล่าวว่าว่าญาติมีบทบาทสำคัญในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย ต้องคอยดูแล เอาใจใส่ บรรเทาอาการทางร่างกายและจิตใจ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดีที่สุด ร่วมจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยในทุกช่วงระยะเวลา (Edwards & Clarke, 2004) อยู่กับผู้ป่วยตลอดเวลา จึงต้องคอยปรับตัว เรียนรู้ เพื่อจัดการต่อความต้องการของผู้ป่วยทั้งที่บ้านและโรงพยาบาล ส่วนบุคลากรทางการแพทย์และสหวิชาชีพ มีบทบาทสำคัญในการร่วมดูแลรักษาผู้ป่วย บรรเทาความทุกข์ความเจ็บปวดทางร่างกายและจิตใจ ร่วมสร้างกำลังใจ สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิต เป็นการจัดการต่อความต้องการของผู้ป่วยในโรงพยาบาล (ศรีรัตน์ มากมาย, นัตรชัย สิริชยานุกุล, และ ธารณี สิริชยานุกุล, 2557)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า การศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ส่วนมากจะเป็นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยพบว่าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้รับผลกระทบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยการทำกิจกรรมทางศาสนาและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและพบว่าประสบการณ์อาการ การจัดการอาการมีผลทางลบกับคุณภาพชีวิตผู้ป่วย (นงลักษณ์ สรรสม, 2552) และพบว่าส่วนมากการจัดการต่อคุณภาพชีวิตยังไม่ดีพอ (ศุภศิริ เชียงตา และคณะ, 2560) เพราะบางครั้งความต้องการเหล่านั้นไม่ได้รับการตอบสนอง อันเนื่องมาจากข้อจำกัดด้านเวลา ด้านเศรษฐกิจ ซึ่งพบว่าผู้ดูแลหรือบุคคลในครอบครัว บางครั้งขาดทักษะ ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความมั่นใจ เกิดประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแลต้องร่วมปรึกษากับกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ กลุ่มสหวิชาชีพ เพื่อเป็นการเพิ่มทักษะเพิ่มศักยภาพการในการดูแลผู้ป่วย (ชลียา วามะสุน, มาลี ไชยเสนา และนุสรา ประเสริฐศรี, 2559)

จากสภาพการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยเห็นความสำคัญของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ต้องเผชิญปัญหาที่มีความซับซ้อน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ การดำเนินชีวิต รวมทั้งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถแสดง

ความต้องการในการใช้ชีวิต รวมทั้งการตัดสินใจในการรักษา ต้องอาศัยญาติ ผู้ดูแล รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ในการตอบสนองความต้องการของตนเอง และยังไม่มีพบการศึกษาเชิงคุณภาพ ซึ่งการศึกษาเชิงคุณภาพช่วยให้เกิดความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เข้าใจประสบการณ์ ความรู้สึก และความต้องการของผู้ป่วยที่แท้จริงและทำให้เกิดความเข้าใจปฏิสัมพันธ์ทางสังคมภายในบริบทของญาติ บุคคลใกล้ชิดและบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาความจำเป็นและประสบการณ์การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อให้เกิดความเข้าใจในตัวผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากความไม่แน่นอนของชีวิต คุณภาพชีวิตที่ลดลง และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย เพื่อคงไว้ซึ่งความสุขในการดำเนินชีวิต รวมทั้งเข้าใจความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวและบุคลากรทางการแพทย์ สหวิชาชีพและเพื่อเป็นแนวทางในการจัดการคุณภาพชีวิต ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต ให้ครอบคลุม ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ตลอดจนสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดการคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรคอื่น เพื่อเกิดความสุขและดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และสามารถเผชิญปัญหาตามหลักการส่งเสริมคุณภาพชีวิต

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

การทบทวนวรรณกรรม

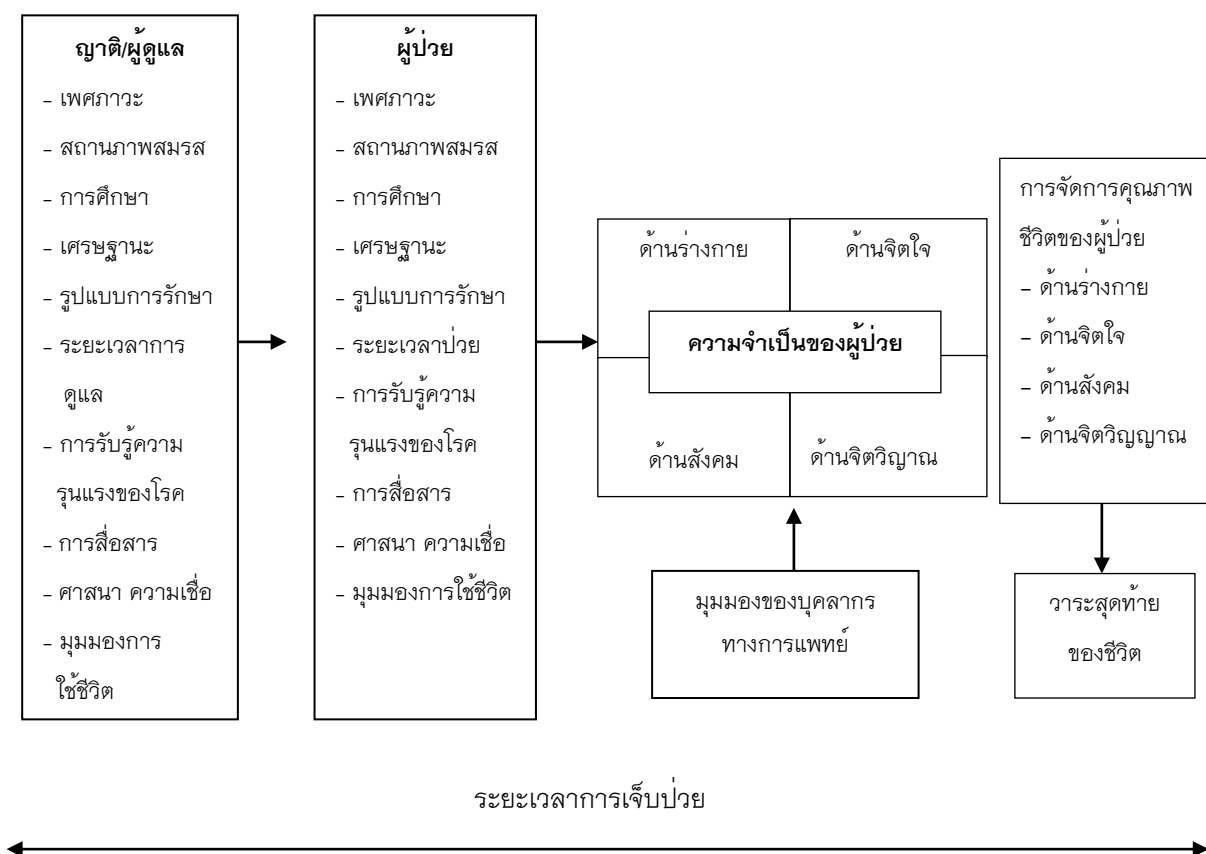
การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาประสบการณ์การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยใช้แนวทางการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา เพื่อให้เป็นไปตามระเบียบวิธีวิจัย ผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต ตามแนวคิดของ Wilson and Cleary's Health-Related Quality of Life Conceptual Model (Wilson & Cleary, 1995) แนวคิดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง ตามแนวคิดของ Ferrans's Quality of Life Conceptual Model (Ferrans, 2010) และ Quality of life: conceptual model (Ferrell, 1996)

แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามแนวคิดของ Endler, Parker and Summerfeldt (1998), วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชียร (2554) และ ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย (2550)

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยกำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยตามแนวคิดทฤษฎี ที่ได้มีการทบทวนวรรณกรรม โดยมีรายละเอียดดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีรูปแบบการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา เพื่อศึกษาประสบการณ์การจัดการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ผู้วิจัยได้ดำเนินการระเบียบวิธีวิจัย โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) เพื่อตรวจสอบความตรงของข้อมูล และมีเครื่องมือในการศึกษา คือ แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และแนวการสังเกตแบบมีส่วนร่วม ทำการศึกษา ณ ศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โครงการวิจัยการวิจัยนี้ได้ผ่านเอกสารรับรอง โดยคณะกรรมการจริยธรรมการ

วิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ชุดที่ 3 มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ (รหัสโครงการ 089/2561 ผู้ศึกษาขออนุญาตจากพื้นที่ศึกษาจนเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ติดต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รังสีแพทย์ หัวหน้าแผนกศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง โดยแนะนำตัวเองพร้อมอธิบายวัตถุประสงค์การศึกษาและให้รายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา การคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย การขอความยินยอมในการร่วมศึกษา และลงนามความยินยอมเข้าร่วมวิจัยก่อนเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ให้ข้อมูล เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มผู้ให้ข้อมูล การศึกษานี้ไม่ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลและจะทำลายข้อมูลเมื่อสิ้นสุดการวิจัย ผู้ศึกษาได้นัดหมายวันและเวลาในการสัมภาษณ์ล่วงหน้าทุกครั้ง เพื่อไม่เกิดผลกระทบต่อผู้ให้ข้อมูล โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์แต่ละครั้ง 60 นาที และยืดหยุ่นตามสภาพร่างกายและอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูล และในการสัมภาษณ์แต่ละครั้งจะบันทึกข้อมูลที่ได้อ่านอิมตัวจึงหยุดการสัมภาษณ์ และทบทวนข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลทุกครั้งเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

ผู้ให้ข้อมูลหลักมีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จะเน้นในเรื่องการศึกษาจากผู้ที่มีเกณฑ์คุณสมบัติตรง มีประสบการณ์ในเรื่องที่สนใจ และสามารถให้ข้อมูลได้อย่างครบถ้วน ตรงตามวิธีการศึกษาแบบปรากฏการณ์วิทยา ที่ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ของผู้ป่วยจำนวน 25 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูล (Informant) คือ ผู้ดูแลหรือญาติที่เป็นคนในครอบครัวจำนวน 10 ราย 2) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) กลุ่มที่ 1 คือ ผู้ป่วยมะเร็งตับที่ได้รับคำวินิจฉัยจากแพทย์ อยู่ในระดับระยะสุดท้ายจำนวน 10 ราย มีอายุ 20 ปีขึ้นไป เป็นเพศชายจำนวน 5 คน และเพศหญิงจำนวน 5 คน ระยะเวลาการรักษา 1 เดือน ไม่จำกัดสถานะสมรส ไม่จำกัดระดับการศึกษา และผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant) กลุ่มที่ 2 คือบุคลากรทางการแพทย์ และสหวิชาชีพ จำนวน 5 ราย ณ ศูนย์รังสีรักษาและมะเร็งวิทยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งด้วยเครื่องมือทางรังสีรักษาและให้คำแนะนำแนวทางการรักษา ทุกวันจันทร์-ศุกร์ ตั้งแต่เวลา 8.00-20.00 น. และสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลและผู้ให้ข้อมูลสำคัญเกิดความสะดวกสบาย ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการแบบสามเส้าด้านข้อมูล (Data triangulation) และด้านวิธีการเก็บข้อมูล (Methodological triangulation)

เครื่องมือในการวิจัย คือ ผู้ศึกษาถือเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง อย่างครอบคลุมเนื้อหาและระเบียบวิธีวิจัยจากตำราอย่างละเอียดและผ่านการอบรมวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (semi-structured) แนวคำถามมีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยมีการขอคำปรึกษาจากผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งเป็นผู้มีประสบการณ์เชี่ยวชาญในการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ จำนวน 3 ท่าน ตัวอย่างคำถาม “ถ้าพูดถึงคำว่าคุณภาพชีวิต ท่านคิดถึงอะไรบ้าง/ คิดถึงเรื่องอะไร”, “ท่านมองคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างไร”, หากรูปแบบการดูแลรักษาความเจ็บป่วย ไม่เป็นไปตามที่ท่านต้องการ ท่านจะมีวิธีการจัดการอย่างไร เป็นต้น รวมทั้งเรื่องบันทึกเสียง ใช้บันทึกเสียงขณะทำการ

สัมภาษณ์ แล้วนำมาถอดเทปการสนทนา และแบบบันทึกภาคสนาม ใช้บันทึกเหตุการณ์ ป้องกันการหลงลืมในประเด็นที่สำคัญต่าง ๆ

การตรวจสอบความถูกต้อง ผู้ศึกษาใช้วิธีการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) โดยได้ทำการตรวจสอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล 3 กลุ่ม และผู้ศึกษาได้ตรวจสอบหลายวิธีในการเก็บข้อมูลชนิดเดียวกันโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-dept interview) พร้อมกับการสังเกตการณ์แบบมีส่วนร่วม (Participant Observation) โดยมีความยืดหยุ่นตามบริบท เพื่อให้เกิดความน่าเชื่อถือของการศึกษา โดยผู้ศึกษาได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีในครั้งแรกของการสัมภาษณ์ และก่อนจบการสัมภาษณ์มีการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้สัมภาษณ์ยืนยันความถูกต้องของข้อมูล ผู้ศึกษายังใช้ข้อมูลการให้ถ้อยคำมากที่สุดและได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว ทั้งนี้ได้ทำการศึกษาอย่างมีระบบและเป็นกระบวนการเพื่อให้ได้ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนและกระบวนการ ร่วมกับการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และมีการตรวจทานความถูกต้องของข้อมูลที่ซ้ำ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องตรงตามการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษาวิจัย ในครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ตามกรอบแนวคิด วัตถุประสงค์ และแยกประเด็นตามวัตถุประสงค์ โดยถอดข้อมูลจากเทปบันทึกเป็นคำต่อคำ ออกมาเป็นบทสนทนา ตรวจสอบความถูกต้องโดยการฟังซ้ำ บันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Microsoft word ทำการจัดหมวดหมู่ของข้อมูล โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความหรือทุกประโยค แล้วจึงตั้งชื่อคำสำคัญ จะจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่ (Themes) และกลุ่มย่อยที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ (Sub-theme) ให้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ข้อมูลมาเรียบเรียงและสังเคราะห์เป็นประโยค เป็นโครงสร้างของประสบการณ์ เขียนเป็นข้อสรุป แปลความหมาย พร้อมยกตัวอย่างคำพูดของผู้ให้ข้อมูล โดยนำแนวคิดและทฤษฎีมาอธิบายและเชื่อมโยงอธิบาย จากนั้นจึงนำมาสู่การเขียนสรุปผลการศึกษา อภิปรายข้อมูล และนำเสนอข้อมูลตามลำดับ

ผลการวิจัย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 ผลการศึกษาความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

1) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย มุมมองประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแล ผู้ป่วย และบุคลากรทางการแพทย์ ให้ความหมายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายไว้ตรงกันว่า คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วย เปรียบกับอาการของโรค เปรียบความเครียดและความสิ้นหวัง โดยมีญาติเป็นผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำรักษาแบบประคับประคอง และพบผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย ที่

ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตขณะเจ็บป่วยทั้งหมด 4 ด้าน ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์และจิตใจ ผลกระทบด้านสังคม และผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

ด้านร่างกาย พบว่า เมื่อระยะของโรคสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยรับรู้อาการของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเองพบว่า ร่างกายทรุดลงอย่างรวดเร็ว รู้สึกแน่น หายใจไม่ออก ปวดทรมานถึงระดับทุรนทุราย ต้องเผชิญกับอาการของโรคที่ไม่แน่นอน การใช้ชีวิตอยู่ภายใต้ดูแลของผู้ดูแล

“แน่นบ่อย หายใจลำบากจนแน่นไปหมด นอนราบไม่ได้เลย ท้องโตแข็งไปหมด ต้องตะแคง มันหายใจสะดวกกว่า วันไหนปวดมาก ๆ นี่เหมือนจะขาดใจตาย”

ผู้ป่วยเพศหญิง..คนที่ 4 อายุ..70..ปี

ด้านจิตใจ พบว่า เมื่อระยะของโรคสู่ระยะสุดท้าย ผู้ป่วยตกอยู่ในสภาวะเครียดต่ออาการที่เผชิญอยู่เกิดความเสียใจต่ออาการความเจ็บปวด รวมทั้งรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว เกิดความสิ้นหวังในการใช้ชีวิต

“จะเอาอะไรมาดี อยู่แต่โรงพยาบาล เครียดมาก นอน อยู่แบบนี้ทั้งวันเหมือนเรามาติดคุก ไปไหนไม่ได้ คนในคุยกังไปไหนได้ เราจะไปเข้าห้องน้ำยังต้องรอพี่ มันท้อมันเหนื่อยใจ ชีวิตต้องมาเป็นแบบนี้ ลำบากคนอื่นไปหมด”

ผู้ป่วยเพศหญิง..คนที่ 2 อายุ..51..ปี

ด้านสังคม พบว่า เมื่อระยะของโรคสู่ระยะสุดท้าย การใช้ชีวิตในแต่ละวันนอนติดเตียงอยู่ภายในบ้าน ผู้ป่วยจะเดินทางมาโรงพยาบาล การใช้ชีวิตส่วนใหญ่ผ่านบ้านและโรงพยาบาล เนื่องจากอาการของโรคผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเอง ต้องมีผู้ดูแล การเข้าสังคมจึงเป็นไปได้ความยากลำบาก

“ตอนนี้ชีวิตใช้แค่บ้านโรงบาลจะไปไหนมาไหน ก็ไม่ได้ ไปทีก็ลำบาก สัมตามาแต่ละทีก็เพดานบ้านไม่ก็ผ้าโรงบาล ครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญมากนะสำหรับพี่ เพราะต้องช่วยเหลือพี่ทุกอย่าง ช่วยพามาหาหมอ หาเงินค่าการรักษา เราทำอะไรไม่ได้เลย เพื่อนฝูงพอเราป่วยแค่นี้ ไตรมาเยี่ยมบ้าง ชีวิตเรามีแค่ครอบครัว ถ้าไม่มีครอบครัวคงลำบากหนักกว่านี้”

ผู้ป่วยเพศชาย..คนที่ 6 อายุ..49..ปี

ด้านจิตวิญญาณ เมื่อระยะของโรคสู่ระยะสุดท้าย รู้สึกขาดการเข้าถึงศาสนาตามที่ใจต้องการ รู้สึกสิ้นหวังในการใช้ชีวิต เนื่องจากอาการของโรคที่รุนแรง ตนเองต้องทนทุกข์ทรมานต่อความเจ็บป่วย

“มันหงุดหงิดมากนะ จะทำอะไรเองก็ลำบาก ต้องให้หมอบ้านทำให้ มันไม่ได้ตั้งใจจะอยากทำแล้วไม่ได้ทำเลย อย่างเข้ามาเราก็อยากไปต่กับาตร ยังไม่ไหว วันพระอยากไปวัดทำบุญ มันก็

ไปไม่ไหว สังหารติดบ้านจะลูกมากินข้าวยังลำบาก แต่ใจอยากไปแล้ว ลุงเชื่อว่าตอนนี้ต้องทำบุญเยอะๆ เวิร์กมมันตามทันเรา ต้องทำบุญจะได้อยู่นานยิ่งขึ้น นี่ถ้าดีขึ้นจะไปบวชเลย”

ผู้ป่วยเพศชาย..คนที่ 1 อายุ..67..ปี

2) ความจำเป็นในการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วย คือ การเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะสุดท้ายของโรคนี้ ทั้ง 4 ด้าน

ด้านร่างกายเป็น ดูแลรักษาแบบการประคับประคองอาการของโรค เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต เน้นการลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วย และเน้นยาแก้ปวด เป็นการรักษาที่ตรงจุดที่สุด รวมถึงการเจาะเอาน้ำออกจากช่องท้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบายมากขึ้น

“การรักษาตามแพทย์บอกจะทำให้ผู้ป่วยสุขสบายขึ้น อย่างเวลาแถมแน่นมากหมอเค้าจะให้ยาแก้ปวดและเจาะน้ำในท้องออกก็ดูเค้าดีขึ้น หายใจสะดวกขึ้น”

ผู้ดูแลเพศหญิง..คนที่ 1 อายุ..47..ปี

ด้านจิตใจ เป็นการส่งกำลังใจ เพราะเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด สามารถเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยได้ขณะเจ็บป่วย การส่งความห่วงใย รวมถึงการรับฟังความต้องการของผู้ป่วยโดยตรง จะทำให้ผู้ป่วยจะมีแรงต่อสู้กับการใช้ชีวิต เพราะรู้สึกปลอดภัยและไว้วางใจ

“เราอยู่วงการแพทย์ คนป่วยทุกคนต้องการกำลังใจจากญาติ คนใกล้ชิด แม่พี่เองก็ต้องการกำลังใจ การเอาใจใส่ ทั้งเรื่องอาหาร ยา พี่รับรู้ได้ว่าแม่พี่ต้องการการดูแลแบบใกล้ชิด”

ผู้ดูแลเพศหญิง..คนที่ 6 อายุ..45..ปี

ด้านสังคม พบว่าการที่ผู้ป่วยมารักษาที่โรงพยาบาล ถ้าหากได้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับคนอื่น รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ จะทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายความกังวล และมีแรงต่อสู้กับโรคที่เผชิญอยู่ เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมของ ญาติ พี่น้อง เป็นการสนับสนุนจากสังคมแบบปฐมภูมิ ส่วนบุคลากรทางการแพทย์เป็นการสนับสนุนทางสังคมแบบทุติยภูมิ

“ตั้งแต่พ่อป่วย ลูกหลานมาเยี่ยมพ่อแปปน้อย คนแถวบ้านก็มาเยี่ยมเยียนบ่อย นี่พี่ก็รับแขกจะไม่ไหว แยกช่วยงานแถวบ้านมาเยอะ คนรักแกละเยอะ แล้วถ้าแกละป่วย แกละใจดี ไปช่วยเค้าหมด เวลามาโรงพยาบาล พยาบาลก็ชวนคุยกับพ่อ ใส่ใจพ่อดี ดูแกดีขึ้นนะได้ออกจากบ้าน ได้เจอคนอื่น เพราะนิสัยแกละไม่ใช่คนติดบ้าน”

ผู้ดูแลเพศหญิง..คนที่ 9 อายุ..54..ปี

ด้านจิตวิญญาณ การที่ผู้ป่วยเข้าถึงศาสนาจะทำให้ผู้ป่วย มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่ด้วยอาการของโรค พบว่าการเข้าถึงศาสนาของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ การฟังหลักธรรมคำสอน การน่าน้ำมนต์ที่วัดมาดื่มกิน และการทำบุญ โดยผ่านผู้ดูแลเป็นหลัก

“ทำประจำนะ เอาเงินไปทำบุญ แม่แก่ให้ทำมาตลอดตั้งแต่ไม่ป่วยแก่ก็ไปวัดบ่อยตอนนี้อยู่ไหม ก็เน้นเปิดคลิบในโทรศัพท์ให้ฟัง พระท่านก็สอนดี แม่ก็อึ้งอึ้งนะพี่รับรู้ได้”

ผู้ดูแลเพศหญิง..คนที่ 5 อายุ..43..ปี

ในมุมมองบุคลากรทางการแพทย์รูปแบบการใช้ชีวิตขณะนี้ให้เป็นรูปแบบองค์รวมยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ถึงแม้ระยะเวลาของโรคไม่มีความแน่นอน แต่ต้องเพิ่มคุณภาพชีวิตในระยะเวลาสั้นๆให้มากที่สุด รวมถึงคำนึงมาตรฐานการบริการรักษา และให้ความสำคัญกับผู้ดูแล

“เราเป็นพยาบาลเราเจอคนไข้บ่อย ตอนนี้เรารับว่ารูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย คือ การดูแลตามอาการของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการใช้ชีวิต เราแค่มีหน้าที่ชี้แนวทางที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย ว่าควรเป็นอย่างไร ควรใส่ใจดูแลในร่างกาย จิตใจผู้ป่วย และควรใส่ใจดูแลจิตใจญาติด้วยเพราะต้องรับบทหนักในการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้”

บุคลากรทางการแพทย์เพศชาย..คนที่ 2 อายุ..29..ปี

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ผลการศึกษาประสบการณ์การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า รูปแบบการจัดการ สามารถอธิบายความสัมพันธ์ ระหว่างผู้ดูแล ผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง การจัดการคุณภาพชีวิตในแต่ละวันของผู้ป่วยให้มีความสุข ลดความทุกข์ทรมาน รับรู้กระบวนการดูแลรักษา และมีการเตรียมใจในวาระสุดท้ายของชีวิต ผ่านรูปแบบการจัดการ 4 ด้าน

ด้านร่างกาย เป็นการจัดการกับอาการปวดของโรค พบว่าในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย จัดการอาการโดยใช้ยาแก้ปวด บุคลากรทางการแพทย์จะให้ยาแก้ปวดแก่ผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย และพบว่ามีการจ่ายมอร์ฟีน ซึ่งไม่พบในโรงพยาบาลขนาดเล็ก เพื่อลดความเจ็บปวดให้ผู้ป่วยและการจัดการอาการแบบไม่ใช้ยา โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยมีการแนะนำผู้ดูแลในการจัดการอาการปวด โดยการเปิดเพลงบรรเลง ธรรมชาติเพื่อคลายความกังวล ลดการเจ็บปวด

“ส่วนมากการจัดการอาการปวด เราจะให้ยาแก้ปวด จะทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยลงในระยะนี้จะให้ยาแก้ปวดแก่คนไข้เป็นหลัก ยิ่งในโรงเรียนแพทย์ มีการจ่ายมอร์ฟีน เพื่อลดทอนความเจ็บปวด โดยจะให้ในปริมาณที่เหมาะสมเป็นผลดีกับผู้ป่วย เป็นสิทธิการเข้าถึงกระบวนการรักษาตาม

อาการที่ตรงจุด แต่ผู้ป่วยบางรายที่ไม่ได้รับการรักษาในโรงเรียนแพทย์ ผู้ป่วยก็ขาดสิทธิ์การเข้าถึงตรงนี้”

บุคลากรทางการแพทย์เพศหญิง..คนที่ 5 อายุ.32..ปี

“ตั้งแต่วันแรกจนวันนี้ ดูแลทุกอย่างตั้งแต่เช้าจนค่ำ กินข้าว กินยา พาไปอาบน้ำ พาไปหาหมอ หมอเค้าจะจ่ายยาแก้ปวดมาให้ เวลาปวดเค้าก็จะให้กินยาตรงเวลาอันนี้สำคัญ แล้วเค้าเป็นคนชอบไปวัดใช้ไหม ตอนนี้ไปไม่ไหว พยาบาลหน้าห้องเค้าบอกว่าถ้าไปไม่ได้ ก็เปิดเพลงที่ไม่มีเนื้อนะ เป็นแค่เสียงทำนองให้แกฟัง จะได้ดีขึ้น มันช่วยให้ลืมนคลาย ตอนแรกป้าก็ไม่เชื่อ พอเปิดบ่อยขึ้น ลุงก็ดีขึ้นไม่ค่อยคือ”

ผู้ดูแลเพศหญิง..คนที่ 2 อายุ..59..ปี

ด้านจิตใจ พบการจัดการความเครียดโดยการคิดบวก มองว่าโรคที่เกิดขึ้น ถึงแม้จะมีความรุนแรง แต่ด้วยเทคโนโลยีการรักษาในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ทันสมัยและบุคลากรที่มีความชำนาญในการรักษา ทำให้อาการของตนเองดีขึ้น และพบมุมมองการจัดการความเครียดเป็นเรื่องที่ต้องยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น แสดงออก ไม่เป็นไร ช่างมันและมองว่าการตายเป็นจุดสุดท้ายของชีวิต

“พอรู้ว่าเค้าป่วยเราก็คเครียดเหมือนกัน เราก้เคยใช้ชีวิตหนักๆมา ทั้งกินเหล้าสูบบุหรี่ ตอนนี้ก็ลำบากเหมือนกัน งานต้องทำ วันไหนปิดร้านก็ไม่มีรายได้ ควักเงินเก่าที่เก็บมาใช้ และเพิ่มหน้าที่ดูแลเค้าตลอดทั้งวันแหละ ตอนนี้ต้องทำใจปล่อยวาง ไม่งั้นเครียดตาย อะไรจะเกิดก็ต้องเกิด”

ผู้ดูแลเพศชาย..คนที่ 7 อายุ..54..ปี

ด้านสังคม พบว่ารูปแบบการจัดการเป็น คือ การสนับสนุนทางสังคม บุคลากรทางการแพทย์ ใช้การสนับสนุนทางสังคม โดยสร้างกลุ่มไลน์ในการติดตามการรักษา ติดต่อให้ข้อมูลคำแนะนำสำหรับผู้ดูแล ในการจัดการชีวิตประจำวันคนไข้ ประชาสัมพันธ์กิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา ให้ผู้ป่วยมีทางเลือกในการทำกิจกรรม สร้างความผ่อนคลาย รวมทั้งสร้างปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ป่วยและญาติ

“ตอนนี้มีการสร้างกลุ่มไลน์ผู้ป่วย ติดตามอาการและการนัดหมาย มีการให้ข้อมูลความรู้ อาหาร ยา ข้อห้ามการปฏิบัติตัว ประชาสัมพันธ์กิจกรรมในโรงพยาบาล มีการพูดคุยซักถาม เป็นการสนับสนุนทางสังคมให้ผู้ป่วยอีกแรง เพราะผู้ป่วยแทบจะไปไหนไม่ได้ ติดต่อบริการมากที่สุด”

บุคลากรทางการแพทย์เพศหญิง..คนที่ 4 อายุ.34..ปี

การจัดการด้านจิตวิญญาณของบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการจัดการด้านการสื่อสาร คือ การแจ้งข่าวร้าย พบว่า บุคลากรทางการแพทย์ แจ้งข่าวร้ายเกี่ยวกับโรคให้กับผู้ป่วยและบุคลากรทางการแพทย์แลผู้ป่วยแลผู้ดูแลมีการจัดการวาระสุดท้ายของชีวิตให้ผู้ป่วย รวมทั้งผู้ป่วยมีการจัดการวาระสุดท้ายของตัวเอง มีการเตรียมตัวเตรียมใจกับความตาย มองว่าการจากไป คือ ความสุขสงบและวัดเป็นที่พึงสุดท้ายของชีวิต

“ส่วนมากการแจ้งข่าวร้าย เราจะเรียกญาติมาคุยก่อน ว่าสามารถอธิบายให้คนไข้ฟังได้ไหม แต่ความจริง การแจ้งข่าวร้ายควรแจ้งทั้งคนไข้และญาติ เพราะเป็นสิทธิ์ที่คนไข้ควรรู้ว่าตัวเองเป็นอะไร จะได้มีการจัดการชีวิตได้เหมาะสม”

บุคลากรทางการแพทย์เพศชาย..คนที่ 1 อายุ..33..ปี

“เราก็แก่แล้วใช้ชีวิตมานาน ตอนนี้ก็แล้วแต่ว่าจะหมดบุญวันไหน การตายมันคือความสงบตอนสุดท้ายของชีวิต ตอนนี้อยู่ชีวิตให้มีความสุข ถึงจะเจ็บป่วยร่างกายแต่ใจเราต้องเข้มแข็ง ป้าคุยกับลูกสาวแล้วว่าอย่าห่วง อย่ากังวล อะไรจะเกิดมันก็ต้องเกิด”

ผู้ป่วยเพศชาย..คนที่ 5 อายุ..57..ปี

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาเกี่ยวกับศึกษาความจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย และประสบการณ์การจัดการคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย พบว่า คุณภาพชีวิตลดลงเร็วกว่าโรคอื่น ซึ่งการพยากรณ์โรคมีความไม่แน่นอน บุคลากรทางการแพทย์ประเมินไว้มิเกิน 6 เดือน โดยการเก็บข้อมูลครั้งนี้ ได้สัมภาษณ์ผู้ดูแลที่เป็นคนในครอบครัวที่มีความสำคัญมากที่สุดสำหรับผู้ป่วยในระยะเวลาที่ทนทุกข์เกี่ยวกับโรคที่มีความรุนแรง รับรู้สถานการณ์ของโรค ตั้งแต่เริ่มมีอาการ สังเกตอาการหรือความผิดปกติอย่างใกล้ชิด ซึ่งจากการศึกษาผู้ป่วยต้องการญาติดูแลในการเผชิญโรคในช่วงระยะเวลานี้ เหมือนเป็นตัวกลางเชื่อมความสัมพันธ์กับตัวเองและบุคลากรทางการแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศุภศิริ เชียงตา และคณะ (2560) ที่กล่าวว่าความสัมพันธ์ผู้ป่วยกับญาติที่เข้าใจตรงกันจะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็ง

อภิปรายผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 1 พบว่า ความจำเป็นในการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วยมีความหลากหลายแตกต่างกันไปตามบริบท หน้าที่ของบุคคลนั้น สิ่งที่ทำให้ชุดประสบการณ์ไปในทิศทางเดียวกันนั้นคือการยึดผู้ป่วยเป็นสิ่งแรก และต้องการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับตัวผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่า การเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยในขณะเจ็บป่วย ต้องมองเป็นองค์รวม ทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับอภิษัย ลีละสิริ(8) มองว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้าย เป็นศิลปะทางการแพทย์ ที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วย

เจ็บปวดน้อยที่สุด เพิ่มคุณภาพชีวิตและในวาระสุดท้ายจากไปอย่างสุขสงบ และการดูแลรักษาแบบองค์รวม ถึงแม้จะเป็นการดูแลชีวิต ไม่ครบทุกด้าน มีการดูแลเพียงไม่กี่ด้าน ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยก็เกิดความรู้สึกทรมานลดลงได้ แต่ถ้าผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ได้รับการดูแลแบบองค์รวมครบทุกด้าน จากการศึกษาพบว่าสามารถมองไปถึง การตายดี เป็นธรรมชาติของโลกใบนี้ มีเกิด มีแก่ มีเจ็บ มีตาย สุดท้ายคือความสงบ และพบว่า ผู้ดูแลมองว่าการดูแลรักษาจะดีขึ้น จึงเคร่งครัดกับผู้ป่วย ตามการรักษาของทีมแพทย์ ที่มีมาตรฐานวิชาชีพ โดยบุคลากรทางการแพทย์นำวิธีการรักษาดูแลแบบประคับประคองและมีทางเลือกให้กับผู้ป่วยและญาติ ที่เหมาะสมที่สุดกับสถานการณ์ตอนนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ และคณะ (2555) ที่กล่าวว่ารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองในประเทศไทยมีหลายรูปแบบ ผู้ป่วยสามารถปรับใช้ตามวิถีชีวิตของบุคคลนั้น และยังพบว่าโรงพยาบาลขนาดใหญ่มีรูปแบบวิธีการรักษาที่หลากหลายสามารถปรับใช้ให้เข้ากับแต่ละบุคคล

อภิปรายผลจากการวิจัยวัตถุประสงค์ที่ 2 พบว่า การจัดการคุณภาพชีวิต พบการจัดการประคับประคองแบบองค์รวม ทั้ง 4 ด้าน

ด้านร่างกาย บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสามารถจัดการอาการปวดโดยใช้ยาแก้ปวดและมีการจ่ายมอร์ฟีน รวมทั้งจัดการอาการโดยหัตถการทางการแพทย์ ซึ่งไม่พบในโรงพยาบาลขนาดเล็กเพราะด้วยการจ่ายมอร์ฟีนต้องการจำกัดปริมาณการสั่งจ่าย และมอร์ฟีนได้ถูกจัดให้อยู่ ในยาเสพติดให้โทษประเภท 2 ต้องมีการควบคุมบัญชีและต้องใช้ทีมแพทย์และสหวิชาชีพที่มีความชำนาญ ส่วนญาติสามารถจัดการอาการแบบไม่ใช้ยาตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ นภา ทวีวรรณกุล (2558) การดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายแบบใช้ยาและไม่ใช้ยา พบว่าการดูแลผู้ป่วยมะเร็งในระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ การได้รับยาบรรเทาอาการปวด เป็นวิธีการจัดการอาการตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาช่วงสุดท้ายอย่างมีความสุขและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

ด้านจิตใจ พบ การจัดการความเครียดให้กับผู้ป่วยได้ดี ผู้ดูแลสามารถเปิด ใจคุยกับผู้ป่วย และร่วมรับฟังความต้องการ จนผู้ป่วยจะสามารถจัดการความรู้สึกและสามารถยอมรับความจริงในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ส่วนผู้ดูแลสามารถจัดการความเครียดด้วยตัวเองได้ดี สอดคล้อง วริศรา สุวีระ (2556) กล่าวว่าสุขภาพของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ การได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแล ลดความเครียดด้วยตัวเองได้รวมทั้งสามารถรับมือในสถานการณ์ที่ยากลำบากได้ดี

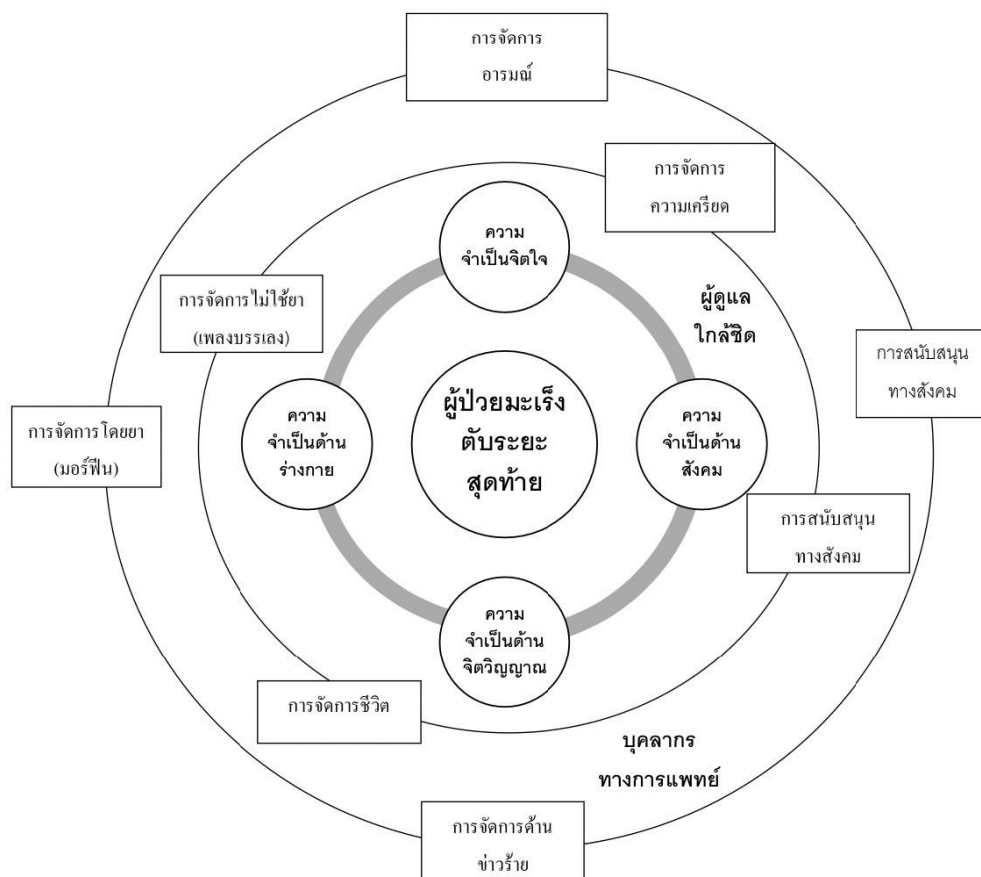
ด้านสังคม พบว่าบุคลากรทางการแพทย์สามารถจัดการการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยได้ดี เพราะมีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง เพราะต้องใช้ ระบบทีม ร่วมกันวางแผนและให้ความร่วมมือ อย่างในบางชุมชนมีการจัดการสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง ต้องอาศัยทีมงานและการวางแผน สอดคล้องกับ อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ (2551) มองว่าการจัดการสนับสนุนทางสังคม ต้องใช้ทีมสหวิชาชีพในชุมชน ร่วมกันวางแผนและรูปแบบการดูแลแบบองค์รวมปรับใช้ตามความเหมาะสมของท้องถิ่นนั้น และสุกัญญา วิริยโกศล (2562) พบว่ารูปแบบการดูแลดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับ

ประกอบ โรงพยาบาลสู่เครือข่ายชุมชน สามารถดูแลผู้ป่วยได้ทั่วถึงและครอบคลุม ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดี แก่ตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมบุคลากรทางการแพทย์

ด้านจิตวิญญาณ พบว่าบุคลากรทางการแพทย์มีการจัดการด้านการสื่อสารข่าวร้ายให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดี และส่วนมากทำตามมาตรฐานวิชาชีพ และคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วย มักเกิดปัญหาการปกปิดผลการวินิจฉัยแก่ผู้ป่วย ญาติมักไม่ค่อยให้บุคลากรทางการแพทย์บอกผลการวินิจฉัยเกี่ยวกับ สอดคล้องกับ จิตชญา บุญนันท์ และ ปรางทิพย์ ฉายพุทธ (2552) การสื่อสารข่าวร้ายของผู้มะเร็งส่งผลกระทบต่อโดยตรงต่อผู้ป่วยและผู้ดูแล ทำให้เกิดความวิตกกังวลจนเกิดเป็นปัญหาทางอารมณ์ตามมา บางครั้งพบว่าผู้ป่วยและญาติไม่ยอมรับรู้เรื่องอันไม่พึงประสงค์

องค์ความรู้ใหม่จากการวิจัย

การศึกษาวิจัย เรื่อง ประสิทธิภาพการจัดการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ได้ค้นพบองค์ความรู้ใหม่จากการวิจัยแสดงดังภาพต่อไปนี้



ภาพที่ 2 แสดงการสรุปผลการวิจัยประสิทธิภาพการจัดการกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

สรุป

ผลกระทบจากโรคมะเร็งตับระยะสุดท้าย ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ โดยผู้ดูแล มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลผู้ป่วย ทั้งเรื่องการพาไปโรงพยาบาล การหาการรักษาพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย เต็มใจดูแล ไม่รู้สึกลำบากใจหรือเป็นภาระชีวิต มีเหนี่ยวกับปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ส่วนผู้ป่วยเอง ได้ให้ข้อมูลว่าตนอยากช่วยเหลือตัวเอง ไม่อยากใช้ชีวิตแบบเดือนร้อนคนรอบข้าง แต่ด้วยโรคมีความรุนแรง ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องอาศัยผู้ดูแลเป็นหลัก และบทบาทของบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ ให้การดูแลรักษา พร้อมคำแนะนำ รูปแบบการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วยตามมาตรฐานวิชาชีพ โดยส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นหลักและคำนึงถึงผู้ดูแลใกล้ชิดด้วย ซึ่งจากการวิจัยพบความจำเป็นในการใช้ชีวิตขณะเจ็บป่วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านร่างกาย 2) ด้านจิตใจ 3) ด้านสังคม และ 4) ด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่ผู้ป่วยควรได้รับการใส่ใจดูแล เรียกว่า การดูแลรักษาแบบประคับประคอง เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายในวาระสุดท้าย โดยอาศัยผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ในการจัดการคุณภาพชีวิต

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัย ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

- 1) ควรเพิ่มการเข้าถึงสิทธิการรักษาอาการปวดโดยยา ในกลุ่มมอร์ฟิน ในโรงพยาบาลขนาดเล็กสำหรับผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย เนื่องจากมอร์ฟินเป็นยาสำคัญในการระงับอาการปวด ในระดับปานกลางจนถึงระดับรุนแรงได้ดี และเพื่อเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
- 2) ควรเพิ่มหรือส่งเสริมการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย แบบองค์รวม ผ่านเครือข่ายทีมในชุมชน ร่วมกับบุคลากรทางการแพทย์ และสหวิชาชีพในชุมชน
- 3) กระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย ต้องใช้การสนับสนุนจากผู้ดูแลและทีมบุคลากรทางการแพทย์ ควรผลักดันสู่แผนพัฒนาของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเพื่อความต่อเนื่องและยั่งยืนของรูปแบบการดูแลรักษาและผู้ป่วยได้รับผลประโยชน์มากที่สุด

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้าย แบบคู่มือแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
- 2) ศึกษาในสถานบริการทางการแพทย์ขนาดเล็ก เพื่อดูว่าประสิทธิภาพ เหตุผล และรูปแบบของการจัดการอาการปวดโดยใช้ยาเป็นอย่างไร
- 3) ควรมีการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งตับระยะสุดท้ายเกี่ยวกับความต้องการ ผลกระทบและการจัดการปัญหา เพื่อเป็นแนวทางให้ความช่วยเหลือผู้ดูแล

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2559*. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- จิตชนา บุญนันท์ และ ปราณีทิพย์ ฉายพุทธ. (2552). บทบาทพยาบาลในการสื่อสารไม่พึงประสงค์หรือแจ้งข่าวร้ายในผู้ป่วยมะเร็ง. *Thai Journal of Nursing Council*, 24(3), 7-19. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2572>
- ชลียา วามะลุน, มาลี ไชยเสนา และนุสรุ ประเสริฐศรี. (2559). ทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา*, 17(1), 40-51. สืบค้นจาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnpy/article/view/71787>
- นงลักษณ์ สรรสม. (2552). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย* (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภา ทวีรธรรมกุล, สุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม และ บัณฑิตพร ลำแดงฤทธิ์ (2558). ประสบการณ์อาการและการจัดการในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *Rama Nurs J*, 12(1), 82-95.
- ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. (2550). *การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย*. กรุงเทพฯ: อักษรสัมพันธ์ (1987) จำกัด.
- ปิยะวรรณ โภคพลากรณ์ และคณะ. (2555). เปรียบเทียบวิธีการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในสี่ระดับของการดูแลที่แตกต่างกัน. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 16(4), 326-342.
- ศรีรัตน์ มากมาย, ฉัตรชัย สิริขานกุล, และธราณี สิริขานกุล. (2556). อาการที่พบบ่อยและความต้องการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามก่อนได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล: กรณีศึกษา ณ โรงพยาบาลแพร่. *วารสารโรคมะเร็ง*, 33(4), 132-145.
- ศุภศิริ เชียงตา, วลัยลดา ฉันทะเรืองวณิชย์, อรพรรณ โตสิงห์ และ ภาวิน เกษกุล. (2560). การศึกษาความสัมพันธ์ของความต้องการการดูแลแบบประคับประคองระหว่างผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอกับผู้ดูแล. *วารสารสหวิทยาการพยาบาล*, 32(2), 31-48. สืบค้นจาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/90466>
- สุกัญญา วิริยโกศล. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง: การดูแลแบบไร้รอยต่อเครือข่ายโรงพยาบาลพระพุทธบาท. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(6), 1101-1111.
- วงจันทร์ เพชรพิเชฐเชิธร. (2554). *การพยาบาลที่เป็นเลิศในการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- วริศรา ลูวีระ. (2556). การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *ศรีนครินทร์เวชสาร*, 28(2), 266–270.
- อภิชัย ลีละสิริ. (2554). การดูแลรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้าย. *เวชสารการแพทย์ทหารบก*, 64(2), 97–102.
- อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. (2551). การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลระดับประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดย การมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2), 1021–1030.
- Edwards, B., & Clarke, V. (2004) The Psychological Impact of a Cancer Diagnosis on Families: The Influence of Family Functioning and Patients' Illness Characteristics on Depression and Anxiety. *Psycho-Oncology*, 13, 562–576. <https://doi.org/10.1002/pon.773>
- Endler, N. S., Parker, J. D. A., & Summerfeldt, L. J. (1998). Coping with health problems: Developing a reliable and valid multidimensional measure. *Psychological Assessment*, 10(3), 195–205. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.10.3.195>
- Wilson, I.B., & Cleary, P.D. (1995) Linking clinical variables with health-related quality of life: A conceptual model of patient outcomes. *JAMA*, 273, 59–65. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.1995.03520250075037>