

สุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ
Psychological Well-Being among Caregivers of End of Life Cancer Patients:
From Concept to Practice.

บทความวิชาการ (Academic article)

Corresponding author E-mail: ratchaneekorn.j@hotmail.com

(Received: October 16, 2018; Revised: January 9, 2019;

Accepted: January 17, 2019)

รัชนิกร ใจคำสืบ (Ratchaneekorn Jaikhamsuep)¹

ศิริไศล วรรัตน์วิจิตร (Civilaiz Waratwichit)²

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระที่หนัก มีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ถ้าผู้ดูแลไม่สามารถปรับตัวกับบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไปได้ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล ทำให้เกิดความเหนื่อยล้า ความเครียด วิตกกังวล เบื่อหน่าย เกิดความทุกข์ทางใจจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยต่อได้ บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและเสนอแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจโดยนำแนวคิดของเพนเดอร์ (1996) มาประยุกต์ใช้ เพื่อให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะทางใจที่ดีสามารถดูแลตนเองและจัดการกับเรื่องต่างๆ ในชีวิต รวมทั้งสามารถดูแลผู้ป่วยได้โรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย, สุขภาวะทางใจ

ABSTRACT

Caring for patients with end of life cancer is complex. Caregivers play an important role in supporting and caring patients with cancer at the end of life. If caregivers cannot adapt to the tremendous amount of role change inherent in end of life caregiving, they will inflict such fatigue, stress, and anxiety on themselves by accepting the role. Therefore, caregivers who suffer from these psychological problems are unable to continue to provide ongoing care to end of life cancer patients. The objective of this article was to present psychological well-being among caregivers of end of life cancer patients and to propose the guidelines for enhancing the psychological well-being of caregivers based on the concept of

1 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หอผู้ป่วยศัลยกรรมหญิง โรงพยาบาลอุดรดิตถ์

Registered Nurse, Professional Level, Female Surgical Ward, Uttaradit Hospital

อีเมล: ratchaneekorn.j@hotmail.com

E-mail: ratchaneekorn.j@hotmail.com

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อาจารย์ประจำคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

Asst. Prof. Dr., Lecturer of Public Health, Naresuan University

Pender (1996). These guidelines may help alleviate caregiver burden, promote self-care in caregivers, manage any problems & challenges in caregivers' life. As a result, caregivers become more confident and competent providers for patients with end of life cancer.

Keywords: Caregivers among End of Life Cancer Patients, Psychological Well-being

บทนำ

มะเร็งเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขทั่วโลก และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของการเสียชีวิตทั้งหมด ในประเทศไทยมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับหนึ่ง โดยใน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยมะเร็งเสียชีวิต 78,540 คน คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต 120.5 ต่อประชากรแสนคนและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น (Strategy and Planning, 2017) ถึงแม้ว่าปัจจุบันเทคโนโลยีการแพทย์ในการรักษาโรคมะเร็งจะมีความก้าวหน้าและทันสมัยทำให้ผู้ป่วยมะเร็งที่เคยมีโอกาสรอดเพียงเล็กน้อยสามารถมีชีวิตได้ยาวนานขึ้น (Luvira, 2013; Maneejumnong, 2008) แต่มีผู้ป่วยมะเร็งจำนวนมากที่ไม่ทราบอาการของโรคในระยะเริ่มแรกจึงทำให้เข้าสู่กระบวนการรักษาเมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคแล้ว (Pasri, Isaramalai & Hattaki, 2015)

ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (End of life cancer patients) เป็นผู้ป่วยที่มีอาการของโรคระยะที่ลุกลามจนไม่สามารถรักษาหายได้และไม่มีแผนการรักษาใดๆ นอกจากการดูแลแบบประคับประคอง (Kanchanachari, Sirapo-ngam & Monkong, 2017) ความรุนแรงของโรคสร้างความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจจนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติต้องพึ่งพาบุคคลอื่น ดังนั้นผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายโดยเฉพาะขณะอยู่ที่บ้าน (Luvira, 2013)

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสุขสบาย บรรเทาความทุกข์ทรมานทางร่างกายและตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ จิตสังคม และจิตวิญญาณ (Pairojkul, 2016) แต่ด้วยภาระที่หนักอึ้งทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้วางแผนที่จะมาเป็นผู้ดูแลมาก่อนทำให้ต้องปรับตัวกับบทบาทหน้าที่และการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาความทุกข์ทางใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ (Chaidompoo, Namvongprom & Pakdevong, 2017) บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายและผลกระทบแนวคิดสุขภาวะทางใจและแนวปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจซึ่งนำทฤษฎีส่งเสริมสุขภาพมาประยุกต์ใช้เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายให้สามารถดูแลตนเองและสามารถดูแลผู้ป่วยได้โรคมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างเหมาะสม

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Caregivers of Patients with End of Life Cancer)

ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย มีผู้ให้ความหมายว่า เป็นผู้ดูแลหลักที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ มักเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือเครือญาติของผู้ป่วยเอง ซึ่งให้การดูแลโดยไม่ได้มุ่งหวังค่าตอบแทน อันได้แก่

บิตามารดา คู่สมรส บุตร หรือญาติใกล้ชิด เป็นต้น (Meecharoen, 2014; Northouse et al., 2012; Tandee, Somanusorn & Sumngern, 2016; Tongnoon & Jirapaet, 2016)

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระหนัก (Burden of care) ของผู้ดูแล ความพร้อมของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ ซึ่งความพร้อมและความเหมาะสมในการดูแลขึ้นอยู่กับคุณลักษณะพื้นฐานของผู้ดูแลดังนี้ (Thapsuwan, Thongcharoenchupong & Gray, 2013; Tongnoon & Jirapaet, 2016)

1. อายุ เป็นคุณลักษณะที่บ่งบอกถึงวุฒิภาวะทางจิตใจ ในผู้ดูแลที่มีอายุมากจะผ่านประสบการณ์ต่างๆในชีวิตมามากมาย ทำให้มีกระบวนการคิดตัดสินใจ สามารถเผชิญและแก้ไขปัญหาได้ดี จึงทำให้มีการดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย แต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลที่มีอายุมากย่อมมีความเสื่อมถอยของร่างกายตามวัย การดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานอาจส่งผลเสียต่อสุขภาพ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว อาจทำให้โรคประจำตัวรุนแรงขึ้น (Luvira, 2013; Tongnoon & Jirapaet, 2016)

2. เพศ ด้วยลักษณะการเลี้ยงดูของผู้หญิงและผู้ชายที่มีความแตกต่างกัน กล่าวคือ ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้ช่วยดูแลงานบ้านและดูแลสมาชิกในครอบครัว เช่น เด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุ ดังนั้นการเข้ารับบทบาทผู้ดูแลผู้หญิงจึงสามารถปรับตัวได้ง่าย ในทางกลับกันผู้ชายจะถูกอบรมเลี้ยงดูให้เป็นผู้นำครอบครัวหารายได้มาจุนเจือครอบครัว หากต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ชายจะ

ปรับตัวได้ยากกว่าผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง นอกจากนี้มีการศึกษาหลายงานวิจัยระบุว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มักเป็นผู้หญิง (Borges et al, 2016; Meecharoen, 2014; Yeh, Wierenga, & Yuan, 2009) และด้วยบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้หญิงจะมีความเครียดในการดูแลสูงกว่าผู้ชาย (Lawang et al., 2005)

3. ระดับการศึกษา ผู้ดูแลที่มีการศึกษามากมีการใช้เหตุผลสามารถแก้ปัญหาต่างได้ดี รู้จักแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ จึงทำให้ดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย (Lawang et al., 2005)

4. สถานภาพสมรส ในผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มักจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดมากกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์อื่นๆ โดยการดูแลจะขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วย หากมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันมาก่อน ด้วยความรักความผูกพัน ผู้ดูแลจะมีความมุ่งมั่นและเต็มใจในการดูแลมากขึ้น แต่ถ้ามีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อกัน ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะมีความเครียดได้มากกว่า เนื่องจากจะต้องฝืนปฏิบัติตามหน้าที่และความจำเป็นมากกว่าความเต็มใจ ส่วนในผู้ดูแลที่แต่งงานแล้วแต่ต้องดูแลผู้ป่วยที่ไม่ใช่คู่สมรสของตัวเองจะทำให้ต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆมากขึ้นจึงมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดได้ง่าย (Lawang et al., 2005; Luvira, 2013)

5. ระยะเวลาให้การดูแล ในการดูแลผู้ป่วยผู้ดูแลหลักมักเป็นคู่สมรส บิตามารดา บุตร และญาติใกล้ชิด โดยมีเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 10 ชั่วโมงต่อวัน เป็นระยะเวลานานมากกว่า 1 ปี (Sunsern, 2008; Yeh, Wierenga & Yuan, 2009) ซึ่งเวลาส่วนใหญ่ใช้ในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ ป้อนอาหาร ดูแลการขับถ่าย และการให้ยา ตลอดจนประสานงานกับบุคลากรทางการแพทย์ โดย

ความเครียดจะสัมพันธ์กับระยะเวลาดูแลที่มากขึ้น นอกจากนี้ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากน้อย ส่วนหนึ่งจะขึ้นความสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว หากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจะมีการช่วยเหลือผู้ดูแลหลักให้ได้มีเวลาหยุดพักผ่อน แต่ถ้าสัมพันธ์ภาพไม่ดีจะส่งผลให้ผู้ดูแลหลักไม่มีเวลาพักจึงเกิดความเหนื่อยล้าและเครียดจากการดูแลเพิ่มขึ้นได้

ดังนั้น คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาให้การดูแล จึงเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความพร้อมและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งถ้าผู้ดูแลขาดความพร้อมหรือไม่สามารถปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงบทบาทตนเองในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ อาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดูแล

ผลกระทบจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นงานหนัก มีความยุ่งยากและซับซ้อน หากผู้ดูแลไม่สามารถปรับบทบาทหรือขาดความพร้อมในการเป็นผู้ดูแล อาจเกิดปัญหาที่ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ดูแล ดังนี้ (Buddhapitak, P., Punthasee, P., & Khungtumneum, K., 2011; Lawang et al., 2005)

1. ปัญหาด้านร่างกาย (Physical health problem) จากการช่วยเหลือผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวันและปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ แทนผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลมีภูมิคุ้มกันที่ลดลงและมีสุขภาพร่างกายแย่กว่าบุคคลทั่วไป (Luvira, 2013) มักพบปัญหาสุขภาพของหลัง คอ และไหล่ โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัว ทำให้สุขภาพร่างกาย

ถดถอย เกิดความเหนื่อยล้า หรือมีความรุนแรงของโรคประจำตัวเพิ่มมากขึ้น

2. ปัญหาด้านจิตใจ (Psychological health problem) จากความยุ่งยากลำบากการดูแลผู้ป่วย พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลมีความเครียดทางอารมณ์ เช่น วิตกกังวล เบื่อหน่าย การทำหน้าที่ บางครั้งอาจจะโกรธหรือทะเลาะกับผู้ป่วย มองโลกในแง่ร้าย มีความรู้สึกเหงา สูญเสียเศร้าโศก และเกิดภาวะซึมเศร้า (Artsanthia & Pomthong, 2018; Given et al., 2005; Lawang et al., 2005; Luvira, 2013)

3. ปัญหาด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socio-economic problem) เกิดจากการสูญเสียความเป็นส่วนตัว ขาดเพื่อนฝูง ขาดงาน ทำให้ต้องสูญเสียอาชีพและรายได้ ขณะเดียวกันต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆ ภายในบ้าน รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Kim & Given, 2008; Meecharoen, Sirapo-ngam, Oratai and Northouse, 2013; Rattanasuk, Nantachaipan, Sucamvang and Mooontui, 2013)

4. ปัญหาด้านจิตวิญญาณ (Spiritual health problem) ผู้ดูแลรู้สึกผิดจากการกระทำของตนเองที่กระทำต่อผู้ป่วยหรือบุคคลรอบข้าง เกิดความขัดแย้งในตนเอง รู้สึกเป็นคนไม่ดีทำอะไรไม่สำเร็จ โทษตนเอง เป็นต้น (Lawang et al., 2005)

ปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลในแต่ละคนอาจแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การปรับตัวและคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ดูแล แต่หากปล่อยให้ปัญหาเกิดขึ้นเป็นระยะเวลานานๆ จะส่งผลด้านลบต่อสุขภาพจิตใจ (Psychological well-being) ของผู้ดูแลจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (Burnout)

สุขภาวะทางใจผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย (Psychological well-being in end of life cancer patient caregivers)

สุขภาวะทางใจเป็นแนวคิดที่มีมุมมองหลายมิติครอบคลุมถึงการเห็นคุณค่าของตนเอง (self-esteem) และมีความพึงพอใจในชีวิตเป็นสิ่งที่คนต้องการที่จะให้เกิดขึ้น ซึ่งสุขภาวะทางใจจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายมีความสมดุลทั้งทางร่างกายและจิตใจที่จำแนกเป็นองค์ประกอบต่างๆดังนี้ (Ryff & Keyes, 1995)

1. ความรู้สึกเป็นสุขหรืออารมณ์ด้านบวก เป็นความรู้สึกเป็นสุขที่บุคคลรับรู้ได้จากการดำเนินชีวิตอย่างมีความราบรื่นและสนุกสนาน ซึ่งเป็นมุมมองโดยทั่วไปที่ไม่เฉพาะเจาะจงในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

2. ความคาดหวังและความสำเร็จที่เป็นไปตามความคาดหวัง เป็นความรู้สึกเป็นสุขที่เกิดจากการประสบความสำเร็จและสามารถมีชีวิตได้ตามที่ตนคาดหวังและพึงพอใจ

3. ความมั่นใจในการเผชิญปัญหาเป็นความเข้มแข็งของบุคลิกภาพ ความสามารถของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่คับขันหรือสถานการณ์ที่อยู่นอกเหนือความคาดหมาย บุคคลต้องมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและเผชิญหน้ากับความยากลำบากโดยไม่ประสบกับความล้มเหลว

4. ประสบการณ์ชีวิตที่มีค่าต่อจิตใจเป็นความรู้สึกที่เกิดจากการให้คุณค่าทางจิตวิญญาณของบุคคล

5. การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นความรู้สึกเป็นสุขที่มาจากครอบครัวที่ให้การสนับสนุนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันจากสามี ภรรยา และบุตร ซึ่งมีความผูกพันซึ่งกันและกัน

6. การสนับสนุนทางสังคม เป็นความรู้สึกปลอดภัยและความรู้สึกที่ว่าตนเองสามารถอาศัยเครือข่ายทางสังคมให้ประโยชน์ได้ โดยจะเน้นถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมที่นอกเหนือจากครอบครัว ที่ให้การสนับสนุนช่วยเหลือทั้งในยามปกติและยามคับขัน

7. ปัจจัยพื้นฐานของครอบครัว ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งของการมีความสุขโดยรวมในหมวดนี้จะมีความสัมพันธ์กับรายได้และความปลอดภัยของครอบครัวด้วย

8. การควบคุมจิตใจของตนเอง เป็นการควบคุมความรู้สึกตนเอง ถ้าไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะควบคุมจิตใจหรือไม่มีความสามารถพอที่จะจัดการกับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพจะรบกวนสมดุลทางจิตใจได้

9. การรับรู้ภาวะสุขภาพ เป็นการสำรวจความพึงพอใจและความกังวลในที่มีต่อสุขภาพและความสมบูรณ์ของร่างกายซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึกเป็นสุข

10. การติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่นๆ ในสังคมความกังวลเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

11. ความรู้สึกเป็นทุกข์และอารมณ์ด้านลบ เป็นการสะท้อนให้เห็นการมองชีวิตโดยรวมในลักษณะเป็นทุกข์ หดหู่ ซึมเศร้า บุคคลจะมองชีวิตทั้งชีวิตโดยไม่ได้เฉพาะเจาะจงไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

โดยสรุปองค์ประกอบสุขภาวะทางใจสามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ คือ ความรู้สึกทางบวกและทางลบ ซึ่งบุคคลจะประเมินความรู้สึกจากภาวะความสมดุลระหว่างความรู้สึกในทางบวกและทางลบ ซึ่งการจะแปรความรู้สึกทางบวกหรือลบของผู้ดูแลได้นั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันและทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดระหว่างให้การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะ

สุดท้าย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ทั้งนี้ขึ้นกับชนิดและปริมาณการดูแลระยะเวลาที่ให้การดูแล พฤติกรรมของผู้ป่วย สิ่งก่อให้เกิดความเครียดภายในครอบครัวและภาวะสุขภาพของตัวผู้ดูแลเอง ดังนั้นสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นประเด็นสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและให้ความช่วยเหลือต่อไป

แนวทางปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

การช่วยเหลือผู้ดูแลบุคลากรทางการแพทย์ต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลก่อนเพื่อสามารถวางแผนในการให้ความช่วยเหลืออย่างเหมาะสม จากการศึกษาของพิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อิศระมาลัย และ อุไร หัตถกิจ (Pasri, Isaramalai & Hattaki, 2015) พบว่าสิ่งที่ผู้ดูแลส่วนใหญ่ต้องการคือ 1) การสนับสนุนด้านข้อมูลความรู้ และทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เพราะได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอทำให้เกิดการลองผิดลองถูกและอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้ (Chaiwongnakkapun, 2018; Wamarun & Prasertsri, 2016) 2) การสนับสนุนทางสังคม เช่น การมีครอบครัวที่ดี มีเพื่อนหรือบุคคลในสังคมมาเยี่ยม ซึ่งแสดงถึงการมีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็งจะช่วยให้ช่วยลดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วยลงได้ (Artsanthia & Pomthong, 2018) และ 3) ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง

จากทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1996) ซึ่งกล่าวว่า การสร้างเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆของบุคคล เน้นการป้องกันเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีเท่าที่

จะกระทำได้ เกิดจากการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

ดังนั้นผู้เขียนขอเสนอแนวปฏิบัติในการช่วยเหลือในการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ซึ่งจำแนกตามความต้องการของผู้ดูแลได้ดังต่อไปนี้

1. การสนับสนุนด้านข้อมูล (Education support) จำแนกออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านข้อมูลความรู้และทักษะ ซึ่งด้านข้อมูลและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายต่างมีความต้องการคล้ายคลึงกัน คือ ต้องการทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค ความก้าวหน้าของโรค/ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยขณะที่ให้การดูแล เช่น ความรู้เรื่องโรคและอาการของผู้ป่วย วิธีการดูแลผู้ป่วย การจัดการความปวดของผู้ป่วย และการให้ยา (วิธีการให้ยาลดปวด การออกฤทธิ์ ผลข้างเคียง) (Luvira, 2013) แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความต้องการข้อมูลและการได้รับทราบความก้าวหน้าของโรค/ผลจากการรักษา ซึ่งการได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเพียงพอจะช่วยให้ผู้ดูแลและครอบครัวสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วยตลอดจนได้มีการวางแผน/การเตรียมพร้อมให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบและเป็นการเตรียมจิตใจสำหรับสมาชิกครอบครัวก่อนที่จะวาระสุดท้ายของผู้ป่วยจะมาถึง (Pasri, Isaramalai & Hattaki, 2015) ส่วนความต้องการด้านทักษะในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นการช่วยพัฒนาทักษะเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเพื่อสนับสนุนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสนับสนุนด้านข้อมูลจะทำให้

ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการใช้ดูแลและจัดการอาการ
ทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับ
การดูแลที่ดีและมีคุณภาพ

(Semsarn, Chaiviboontham & Chansriwong,
2018; Wamarun & Prasertsri, 2016)

2. ด้านการสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่
เฉพาะแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ ความมั่นคง
ทางอารมณ์เท่านั้นแต่ยังรวมถึงการที่บุคคลรู้สึก
ว่าตนเองได้รับการยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของบุคคล
อื่นด้วย ซึ่งแหล่งการช่วยเหลือแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม
ใหญ่ๆ คือ กลุ่มปฐมภูมิ และทุติยภูมิ โดยกลุ่มปฐมภูมิ
เป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์ภาพใกล้ชิด ได้แก่ คู่สมรส
ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน และเพื่อนบ้านที่
ช่วยเหลือในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้
ป่วย การช่วยเหลืองานบ้าน ทำให้ผู้ดูแลมีเวลา
หยุดพัก (time off from caring) ปลีกตัวจาก
ผู้ป่วยที่ดูแล ส่วนกลุ่มทุติยภูมิเป็นกลุ่มสนับสนุน
และผู้ให้บริการทางสุขภาพต่างๆจากหน่วยงานที่
เกี่ยวข้อง (Provision of services) ทั้งภาครัฐและ
เอกชน ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่
สาธารณสุข และบุคลากรอื่นๆ เช่น ครู พระ ผู้นำ
ชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ซึ่ง
บุคคลเหล่านี้มีความสำคัญในการสนับสนุน
ข้อมูล ข่าวสาร ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและ
การเยี่ยมจากให้กำลังใจคนในสังคม ซึ่งเป็นการ
สนับสนุนทางจิตใจ (Psychological support)
สามารถช่วยลดภาวะเครียดในผู้ดูแลได้ เนื่องจาก
การมีครอบครัว เพื่อน หรือคนในสังคมคอย
ช่วยเหลือในยามที่ต้องการ ยิ่งมากเท่าไรจะยิ่ง
ส่งผลต่อระดับความสุขที่เพิ่มขึ้นและทำให้
ความเครียดลดลง เพราะการพบปะพูดคุยกัน
แลกเปลี่ยนความคิดเห็น แบ่งปันความเห็นอกเห็นใจ

ความรัก ความเอาใจใส่ต่อกันและกัน จะทำให้
ผู้ดูแลเห็นคุณค่าและยอมรับนับถือตัวเองมากขึ้น
(Juarez, Otis-Green, 2012; Luvira, 2013; Rattanasuk,
Nantachaipan, Sucamvang and Mooontui, 2013)

3. ด้านสร้างเสริมสุขภาวะทางใจ (Psychological well-being promotion) เป็นการสร้างเสริม
สุขภาพจิตด้วยตัวผู้ดูแลเอง (Self-management)
ซึ่งสุขภาพจิตเป็นส่วนสำคัญในการดำเนินชีวิตให้
เป็นปกติสุข การมีสุขภาพจิตที่ดีจะช่วยให้ผู้ดูแลรู้
ว่าสิ่งใดเป็นปัญหาและควรจัดการกับมันอย่างไร
ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถปรับตัวเพื่อรักษาสมดุลระหว่าง
ความรู้สึกทางบวกและทางลบคงไว้ซึ่งสุขภาวะทาง
ใจที่ดี ไม่ปล่อยให้ความรู้สึกในแง่ลบส่งผลให้ตัวเอง
จมอยู่กับอดีตหรือวิตกกังวลถึงอนาคตจนไม่มี
ความสุขกับชีวิตในปัจจุบัน (อีกทั้งช่วยป้องกัน
ปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวช เช่น โรคซึมเศร้า
เป็นต้น โดยการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจเป็นสิ่งที่
ผู้ดูแลสามารถสร้างได้ด้วยตนเองเพียงการ
ปรับเปลี่ยนมุมมองและหมั่นเติมพลังบวกให้ตัวเอง
ซึ่งสามารถทำได้โดยการปรับพฤติกรรมการดำเนิน
ชีวิต (Jepson, McCorkle, & Adler, 1999; Ryff
and Keyes, 1995) กิจกรรมที่ทำ ได้แก่

3.1 การนั่งสมาธิสวดมนต์ (Meditation)
เป็นการฝึกจิตวิธีหนึ่งโดยการทำให้ว่างเปล่าเพื่อ
ช่วยเสริมสุขภาพจิตและผ่อนคลายความตึงเครียด
ของกล้ามเนื้อ การปฏิบัติควรนั่งสมาธิประมาณ
10-30 นาที (Tongnoon & Jirapaet, 2016)

3.2 กิจกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง
(Physical activity) ด้วยการออกกำลังกาย
(Exercise) เช่น การเดิน วิ่ง หรือเต้นแอโรบิคอย่าง
สม่ำเสมออย่างน้อยวันละ 30 นาที จำนวน 3 ครั้ง
ต่อสัปดาห์ โดยการใช้การปฏิบัติพิจารณาตามความ
เหมาะสมของผู้ดูแลแต่ละคน ซึ่งการออกกำลังกาย

นอกจากจะทำให้ร่างกายของผู้ดูแลแข็งแรงแล้วยังส่งผลต่อสุขภาพจิตช่วยให้ลดความเครียด วิตกกังวล นอกจากนี้ การเคลื่อนไหวของร่างกายจะทำให้ระบบต่างๆ ภายในร่างกายทำงานได้เต็มประสิทธิภาพ นอนหลับได้เต็มที่ ทั้งช่วยให้เรารู้สึกกระปรี้กระเปร่า สดชื่นแจ่มใส (Black, Cooper, Martin & Brage, 2015; Sumalee & Upasen, 2018)

บทสรุป

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายเป็นภาระที่หนัก ผู้ดูแลมะเร็งระยะสุดท้ายจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความทุกข์ทางใจที่ส่งผลด้านลบต่อสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย สุขภาวะทางใจจึงเป็นประเด็นสำคัญที่แสดงถึงสุขภาพหรือคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย การสร้างเสริมสุขภาวะทางใจของผู้ดูแลจึงเป็นสิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ควรตระหนักและการช่วยเหลือ โดย

เริ่มจากการประเมินปัญหา ผลกระทบ และความต้องการของผู้ดูแล โดยนำทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (1996) มาเป็นแนวทางนำไปสู่การปฏิบัติในการช่วยเหลือ เช่น การเพิ่มศักยภาพผู้ดูแลโดยการให้ข้อมูลความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมในช่วยเหลือในยามที่ผู้ดูแลต้องการ การให้ผู้ดูแลได้หยุดพักจากการดูแลและการเยี่ยมพบปะพูดคุยให้กำลังใจของคนในครอบครัว คนในสังคม หน่วยบริการสุขภาพทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนการสร้างเสริมสุขภาวะทางใจซึ่งปฏิบัติโดยตัวผู้ดูแลเอง เช่น กิจกรรมการนั่งสมาธิและการเคลื่อนไหวออกแรง ซึ่งแนวทางปฏิบัติดังกล่าวจะทำให้ผู้ดูแลมีสุขภาวะทางใจที่ดี เป็นผู้ยอมรับตนเอง มีทัศนคติที่ดี มีความมั่นใจเป็นตัวของตัวเอง สามารถควบคุมหรือจัดการกับเรื่องต่างๆ ในชีวิตได้ดี มีการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายได้ดีอีกด้วย

References

- Artsanthia, J. & Pomthong, R. (2018). Nurses' role: case study of psychological care for caregivers of patients with terminal illness. *Journal of the Royal Thai Army Nurses*, 19(1), 1-8. (in Thai)
- Buddhapitak, P., Punthasee, P., & Khungtumneum, K. (2011). The development of a clinical nursing practice guideline for enhancing the quality of life of caregivers who cared for the terminally ill cancer patient in community. *SDU Research Journal Science and Technology*, 4(1), 39-52.
- Black, S.V., .Cooper, R., Martin, K.R. & Brage, S.(2015). Physical activity and mental well-being in a cohort aged 60-64 years. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(2), 172-180.

- Borges, EL., Franceschini. J, Costa LH, Fernandes AL, Jamnik S & Santoro IL. (2016). Family caregiver burden: the burden of caring for lung cancer patients according to the cancer stage and patient quality of life. *Journal Brasileiro De Pneumologia*, 43(1), 18-23.
- Chaichompoo, R., Namvongprom, A. & Pakdevong, N. (2017). Distress and quality of life among family caregivers of patients with advanced cancer undergoing chemotherapy. *Journal of Nursing Science & Health*, 40(4), 41-49. (in Thai)
- Chaiwongnakkapun, C., Jinawin, S., Yottavee, W., Pongtae, K., & I-gumnerd, J. (2018). The role of nurses to promote agency and stress reduction in family caregivers of patients experiencing neurologic problems. *Boromrajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10 (Supplement August-October 2018), 151-162. (in Thai)
- Given, B., Wyatt, G., Audrey, P. Sherwood, DeVoss, D. & Rahbar, M. (2005). Burden and depression among caregivers of patients with cancer at the end-of-life. *Oncology Nursing Forum*, 31(6), 1105-1117.
- Jepson, C., McCorkle, R. & Adler, D. (1999). Effects of home care on caregivers' psychological status. *Journal Nursing Scholars*, 31(2), 115-20.
- Juarez, G., & Otis-Green, S. (2012). Enhancing the social well-being of family caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 246-255.
- Kanchanachari, O., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2017). Roles and needs of caregivers for patients with end of life in a specific setting for palliative care. *Ramathibodi Nursing Journal*, 23(3), 328-343. (in Thai)
- Kim, Y., & Given, B.A. (2008). Quality of life of family caregivers of cancer survivors: across the trajectory of the illness. *CANCER Supplement*, 112(11), 2556-2568.
- Lawang, W., Sungserg, R., & Rodejakpai, Y. (2005). Factors influencing health status of family caregivers with chronically ill adult in the eastern region. *Journal of Public Health Nursing*, 19(1), 61-77. (in Thai)
- Luvira, V. (2013). Health care for caregivers of patients with terminal illness. *Srinagarind Medical Journal*, 28(2), 266-270. (in Thai)
- Maneejumnong, S. (2008). *The experiences on holistic care of caregivers among end of life cancer patients*. (Master's thesis). Naresuan University, Phisanurok. (in Thai)
- Meecharoen, W. (2014). Family caregivers of cancer patients: roles' adaptation and quality of life promotion. *Ramathibodi Nursing Journal*, 20(1), 10-22. (in Thai)

- Meecharoen, W., Sirapo-ngam, Y., Oratai, P., & Northouse, L.L. (2013). Factors influencing quality of life among family caregivers of patients with advanced cancer: A causal Model. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 17(4), 304-316.
- Northouse, L.L., Katapodi, M.C., Schafenacker, A.M. & Weiss, D. (2012). The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 236-245.
- Pasri, P., Isaramalai, S. & Hattaki, U. (2015). Family caregivers' support needs in caring for end stage cancer patients. *Songklanagarind Journal of Nursing*, 35(2), 79-92.
- Pairojkul, S. (2016). Palliative care: what, why, when and how? what is palliative care?. *Department of Medical Services Journal*, 19-23. (in Thai)
- Pender, N.J. (1996). *Health promotion in nursing practice*. Stamford, CT: Appleton & Lange.
- Rattanasuk, D., Nantachaipan, P., Sucamvang, K., and Mooontui, W. (2013). A causal model of well-being among caregivers of people with spinal cord injury. *Pacific Rim International of Nursing Research*, 17(4), 342-355.
- Ryff, C.D. & Kyes, (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 719-727.
- Semsarn, S., Chaiviboontham, S. & Chansriwong, P. (2018). Effects of family caregiver training program on family caregivers and patients outcomes in terminal care of illness patients. *Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice*, 5(1), 112-126.
- Strategy and Planning. (2017). *Public Health Statistics A.D.2017*. Retrieved from http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/stratistics60.pdf.
- Sumalee, J, & Upasen, R. (2018). The effect of group health education combined with aerobic exercise on quality of life in schizophrenic patients with negative symptoms. *Boromrajonani College of Nursing, Uttaradit Journal*, 10 (Supplement August-October 2018), 46-58. (in Thai)
- Sunsern, R. (2008). Family caregiver: multiply energetic resource of home health care. *The Journal of Faculty of Nursing Burapa University*, 18(3). (in Thai)
- Tandee, P., Somanusorn, S. and Sumngern, C. (2016). Factors related to the need of elderly caregivers in caring for family members with cancer. *Journal of Boromarajonani College of Nursing, Bangkok*, 32(2), 43-55. (in Thai)
- Thapsuwan, S., Thongcharoenchupong, N., & Gray, R. (2013). Determinants of stress and happiness among family caregivers to older persons, *Thai Population Journal*, 4(1), 75-92. (in Thai)

- Tong noon, T. & Jirapaet, V (2016). The effect of giving health information with Anapanasati meditation program on stress in caring for children with leukemia of family caregivers. *Kuakarun Journal of Nursing*, 23(2), 86-103. (in Thai)
- Wamarun, C. & Prasertsri, N., (2016). Caregiving skill of cancer patients in the end of life stage. *Journal of Nursing, Public Health and Education*, 17(1), 40-51. (in Thai)
- Yeh, P.M., Wierenga, M.E., Yuan, S.C. (2009). Influences of psychological well-being, quality of caregivers patient relationship, and family support on the health of family caregivers for cancer patients in Taiwan. *Asian Nursing Research*, 3(4), 154-166.