

บทความพิเศษวิชาการ

Review Article

ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล : ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการ
ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน

The Impact of Patients and Caregivers : Relevant factors and needs
Of relatives who care for chronic end-stage illnesses at home

อนันต์ พวงคำ, พย.บ.*

ดวงสุดา สุวรรณศรี, พย.ม.**

ชนพร แยมศรี, พย.ม.***

มนธิดา แสงเรืองเอก, พย.ม.**

รุ่งอรุณ ไทวันนัง, พย.ม.**

Anan Puangkam, B.N.S*

Duangstuda Suwansri, M.N.S **

Thanaporn yamsri, M.N.S***

Monthida Saengrueang-eak, M.N.S.**

Roong-aroon Towannang, M.N.S.****

*กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ประเทศไทย 40002

***วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000

*Nursing Department, Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000

**Faculty of Nursing KhonKaen University , KhonKaen Province, Thailand, 40002

****Boromarajonani College of Nursing Surin, Surin Province, Thailand, 32000

Corresponding author. E-mail address: anan-anesth@hotmail.com

Received: 10 March 2020. Revised: 9 July 2020. Accepted: 17 July 2020

บทคัดย่อ

บทความทางวิชาการนี้ เป็นการสรุปเนื้อหาจากตำราและงานวิจัยเกี่ยวกับ ญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน จะได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์และสังคม ส่งผลให้ญาติผู้ดูแลประสบความเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแลโดยตรง โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรส มีปัญหาสุขภาพอยู่เดิมและเป็นผู้สูงอายุ กล่าวได้ว่าญาติผู้ดูแลเป็นกลุ่มเสี่ยงที่บุคลากรสุขภาพไม่ควรมองข้าม อย่างไรก็ตาม ระบบการให้บริการสุขภาพในปัจจุบันเน้นการเตรียมญาติผู้ดูแลเพื่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นหลัก แต่ไม่ได้คำนึงถึงสวัสดิภาพของญาติผู้ดูแล

บทความนี้เป็นการเขียนเชิงวิเคราะห์จากงานวิจัยเพื่อสะท้อนให้เห็น ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ญาติผู้ดูแลได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสู่บ้าน เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลทั้งผู้ป่วยเรื้อรังและญาติผู้ดูแลเพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นบุคคลในครอบครัวที่มีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยตามปัญหาและความต้องการที่เปลี่ยนแปลงไปในแต่ละระยะของการรอดชีวิตของผู้ป่วยตั้งแต่ระยะแรกที่ได้รับการวินิจฉัยจนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังซึ่งจะช่วยให้พยาบาลมีแนวทางในการช่วยเหลือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

ABSTRACT

This academic article is a summary of content from textbooks and research on caregiver relatives who care for chronic patients at home will be adversely affected, both physically psycho-emotional and social resulting in carers' relatives experiencing chronic stress which will directly negatively affect the health status of caregivers. Especially relatives who look after their spouses have existing health problems and are elderly It can be said that caregivers are at risk groups that health personnel should not overlook. However, the current health service system focuses on providing caregivers for care of chronic patients. But does not consider the welfare of relatives

This article is an analytical writing from research to reflect The impact on patients and caregivers to provide caregivers' care and assistance continuously from patients being treated in hospitals to homes. To ensure continuity in care for both chronic patients and caregivers so that caregivers can provide effective care for chronic patients, chronic caregiver relatives are members of the family who play a major role in caring for patients according to the problems and needs of each stage of survival of patients from the first diagnosed stage to the final stage of life. Therefore, nurses need to have knowledge and understanding about the effects of patients and caregivers. Related factors and needs of relatives of caregivers of chronic diseases, which will provide nurses with effective ways to help relatives caregivers.

Keywords : relatives, caregivers, final stage chronic disease

Med J Srisaket Surin Buriram Hosp 2020;35(2): 303-316

หลักการและเหตุผล

โรคเรื้อรังยังคงเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของทั่วโลก⁽¹⁾ รวมทั้งในประเทศไทย สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ โดยองค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าในแต่ละปีจะมีประชากรประมาณ 20 ล้านคน ที่มีความต้องการการดูแลในระยะท้ายของชีวิต⁽³⁾ โรคเรื้อรังระยะสุดท้ายส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงต้องการดูแลจากญาติผู้ดูแลมากยิ่งขึ้น⁽⁴⁾ หรืออาจกล่าวได้ว่าโรคเรื้อรังไม่ได้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบรวมถึงญาติผู้ดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นการวินิจฉัยต่อเนื่องจนถึงการรักษา ตลอดจนวาระสุดท้ายของชีวิต⁽⁵⁾ การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย จะมีความแตกต่างจากการดูแลผู้ป่วยโดยทั่วไป นับว่าเป็น

เรื่องทีละเล็กละน้อยและซับซ้อน⁽⁶⁾ เนื่องจากความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานจากอาการที่ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ และการที่ต้องเผชิญกับความไม่แน่นอนของโรค รวมถึงการต้องเผชิญกับความตายที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด รู้สึกหวาดหวั่นในความไม่แน่นอนของชีวิต และเกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาการดูแลจากครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดเป็นหลักจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยเฉพาะในระยะที่เจ็บป่วยรุนแรงไม่สามารถดูแลตนเองได้⁽⁷⁾ ทั้งนี้ ครอบครัวส่วนใหญ่จะต้องตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา เนื่องจากมีการดำเนินของโรคที่ทรุดลง และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิต หลายครั้งที่ญาติผู้ดูแล มีความขัดแย้งกับตนเองในการตัดสินใจ

บางอย่างเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่ไม่มีประสบการณ์มาก่อน การขาดความรู้และความมั่นใจในการดูแล หรือแม้แต่การได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ ทำให้เกิดความตระหนก กลัว เครียด วิตกกังวล เครียด เป็นภาระคุกคามกาย อารมณ์ และจิตวิญญาณ และปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยหรือตนเองไม่ถูกต้อง⁽⁸⁾

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านเป็นเรื่องที่ทำนายสำหรับญาติผู้ดูแลและยังส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ชีวิตของญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมากญาติผู้ดูแลที่ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ไม่ได้สนใจที่จะดูแลตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเกิดอาการอ่อนล้า นอนไม่หลับ มีความวิตกกังวล เครียด รู้สึกเป็นภาระหนัก ไม่รู้วิธีที่จะจัดการดูแลตนเองอย่างไรให้เหมาะสม ดังนั้นจึงส่งผลให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายกลายเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงที่อาจเกิดปัญหาสุขภาพจากการดูแลผู้ป่วยได้⁽⁹⁾ ดังนั้นบทความนี้ผู้เขียนจึงสนใจศึกษาผลกระทบของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่บ้านเพื่อเป็นแนวทางและปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยและญาติให้มีประสิทธิภาพต่อไป

ผลกระทบของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย

การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย นับว่าเป็นภาระหนักสำหรับญาติผู้ดูแลไม่ใช่เพียงแต่ผู้ป่วยเท่านั้นที่ประสบและทุกข์ทรมานกับที่เป็นอยู่ ญาติก็เช่นกัน การที่ญาติได้รับรู้ถึงความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคจนวาระสุดท้ายมาถึงทุกกิจกรรมในการดูแลแฝงไปด้วยความคับข้องใจ ความอึดอัด ความท้อถอยเหนื่อยล้า รวมถึงสภาพร่างกายที่ถดถอยลงตามระดับความรุนแรงของความเจ็บป่วยของผู้ป่วย บทความนี้ผู้เขียนได้นำเอากรอบ “LIFESS” ของสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽¹⁰⁾ ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่

1) L=living well คือ ความปรารถนาของผู้ป่วยและ

ญาติในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย 2) I= individual belief ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ 3) F =function คือระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและญาติ 4) E=emotional and coping สภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ 5) S=symptoms ความไม่สบายทางร่างกายรวมถึงอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ และ 6) S=social and support ปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว การประเมินผลกระทบของผู้ป่วยญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายทั้ง 6 ด้านจะช่วยให้ทีมสุขภาพทราบแนวทางการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยแล้ว ยังสามารถใช้ในการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในการตอบสนองต่อความต้องการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. ความปรารถนาของผู้ป่วยและญาติในบั้นปลายชีวิตของผู้ป่วย

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยเฉพาะในระยะที่ผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ป่วยจะมีความต้องการเกี่ยวกับเรื่องการรักษาด้วยการให้เลือด การให้สารน้ำและสารอาหาร รวมถึงการช่วยฟื้นคืนชีพสำหรับญาติผู้ดูแลต้องเป็นผู้ที่มีบทบาทในการตัดสินใจในเรื่องการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วยหรือแทนผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการทรุดหนักจนไม่สามารถที่จะตัดสินใจเองได้และผู้ป่วยมีแนวโน้มจะเสียชีวิตผู้ป่วยเรื้อรังร้อยละ 1.9-3.5 ได้ให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้ตัดสินใจแทนในการรักษาระยะสุดท้าย⁽¹¹⁾ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลมักต้องทำหน้าที่แทนผู้ป่วยในหลายประเด็น ได้แก่ การค้นหาข้อมูล ชำระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ทบทวนเกี่ยวกับการใช้ยา ดูแลเรื่องการออกกกำลังกาย รายงานอาการที่เกิดขึ้นหรืออาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยให้เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพทราบเพื่อการแก้ไขและบรรเทาอาการนั้นๆ ในบางครั้งในการตัดสินใจ บางอย่าง ภายใต้การตัดสินใจนั้นเต็มไปด้วยความลังเลหรือไม่กล้าตัดสินใจ เหมือนกับทุกสิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งหมดนั้นขึ้นอยู่กับจิตใจของตนเอง กลัวตัดสินใจผิดพลาดและ

มีผลกระทบต่อผู้ป่วยจนถึงขั้นต้องเสียชีวิตลงทันทีทันใด ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายจมอยู่กับทางเลือกในการรักษา บางอย่าง ทำให้ญาติผู้ดูแลมีการตัดสินใจที่ยากลำบาก หลายครั้งที่ญาติผู้ดูแล มีความขัดแย้งกับตนเองในการตัดสินใจบางอย่างกับผู้ป่วย ยิ่งถ้าญาติได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจ หรือข้อมูลที่เพียงพอสำหรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ยิ่งทำให้ญาติผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีข้อมูลพอในการตัดสินใจเกี่ยวกับผู้ป่วย ดังเช่น ญาติผู้ป่วยมะเร็งบางรายโทษตัวเองว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเสียชีวิตลงจากการที่ตัดสินใจให้หยุดช่วยฟื้นชีพ ผู้ป่วยสำหรับประเด็นการพูดคุยของญาติผู้ดูแลกับผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค ญาติผู้ดูแลไม่กล้าบอกความจริงว่าผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของโรค เพราะกลัวผู้ป่วยเสียกำลังใจ จึงเป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถพูดคุยเกี่ยวกับความปรารถนาของผู้ป่วยในบั้นปลายชีวิตได้⁽¹²⁾

2. ความคิด ความเชื่อ และความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติ

การดำเนินชีวิตของโรคจะส่งผลต่อด้านจิตวิญญาณ เนื่องจากผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมักจะพิจารณาประสบการณ์ชีวิตที่ผ่านมาทั้งเรื่องราวของความสุข ความหวัง ความทุกข์ ความผิดพลาดที่เกิดขึ้นที่ยังคงเก็บไว้ในความทรงจำโดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่คิดว่าตนเองไม่มีโอกาสได้แก้ตัวหรือทำความดีชดเชย เพราะเวลาที่เหลืออยู่น้อยเต็มที จะทำให้มีความทุกข์และซึมเศร้าจิตใจมาก ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักมองย้อนกลับในอดีต บางครั้งสับสนขัดแย้ง และคิดว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้อาจเป็นผลมาจากเคราะห์กรรมในอดีตที่ตนเคยกระทำไว้ หรือเป็นผลจากการที่ตนเองไม่ดูแลเอาใจใส่สุขภาพ⁽¹³⁾ อีกทั้งการเจ็บป่วยระยะสุดท้าย ส่งผลให้มีการรักษาที่ยาวนาน ต้องเผชิญกับภาวะแทรกซ้อน ต่างๆ ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงของความคิด ความเชื่อและด้านจิตวิญญาณของทั้งผู้ป่วยและญาติ โดยผู้ป่วยและญาติจะมีการแสดงออกทางจิตวิญญาณในระดับที่แตกต่างกัน⁽¹³⁾ ความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณหลังจากที่ได้รับรู้ว่า ความตายกำลังใกล้ เข้ามา ผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะเสียกำลังใจ ไม่มีความหวังในการดำเนินชีวิต ทำให้ไม่สามารถทำสิ่งที

ค้างคาไว้ให้สำเร็จ ลุ่ลวง ไม่มีโอกาสได้กล่าวขอโทษหรือขอโทษกรรมต่อการกระทำที่ผิดพลาดในอดีต⁽¹³⁾ ความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณอาจสะท้อนออกมาใน รูปแบบของความต้องการ ที่จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองนับถือเพื่อ คงไว้ซึ่งความผูกพันกับความเชื่อทางศาสนาตามความเชื่อ ของแต่ละบุคคล เพื่อให้ได้รับการให้อภัย คงไว้ซึ่งความรัก ความหวัง และความไว้วางใจ สำหรับญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการการดูแลและอยู่กับผู้ป่วยก่อนสิ้นใจ โดยต้องการเห็นลมหายใจสุดท้ายของผู้ป่วย ต้องการขออโหสิกรรมหรือขออภัยในสิ่งที่ทำผิดกับผู้ป่วย

3. ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยและญาติ

ระยะการเจ็บป่วยของโรคมีความสัมพันธ์กับระดับความสามารถในการทำกิจวัตรผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีการเปลี่ยนแปลงทุกระบบของร่างกายและอวัยวะต่างๆ ในร่างกายเสื่อมสภาพลง ทำให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายมีอาการอ่อนเพลีย และไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเอง นอกจากนี้เมื่อสภาพร่างกายแย่ลง อ่อนเพลียไม่มีแรง ผู้ป่วยต้องพึ่งพาบุคคลอื่นมากขึ้นทำให้ผู้ป่วยบางรายรู้สึกถึงการเป็นภาระของครอบครัว ดังนั้นญาติผู้ดูแลต้องเข้ามามีบทบาทในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ที่ท้าทายมากขึ้น จะต้องช่วยเหลือผู้ป่วยในทุกกิจกรรมการทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรค ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดในการจัดการกับปัญหาและ ความต้องการของผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁴⁾ นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ญาติต้องทำหน้าที่แทนเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพทั้งหมด การดูแลจึงเป็นแบบเต็มเวลา เกี่ยวกับกิจกรรมที่เป็นพื้นฐานที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน เพราะญาติผู้ดูแลต้องใช้ระยะเวลาหลายชั่วโมงในการดูแลผู้ป่วย หรือตลอด 24 ชั่วโมงถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรคหนักขึ้น จะเห็นได้ว่าชีวิตประจำวันของผู้ดูแลถูกรบกวนเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้ดูแลหลายคนต้องลาออกจากงานประจำเนื่องจากผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก ดังนั้นงานดูแลผู้ป่วย

จึงมีผลต่อชีวิตประจำวันของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน นอกจากนี้ยังพบว่าจำนวนชั่วโมงที่มากขึ้นมีความสัมพันธ์กับความเหนื่อยล้า และการอดนอนของผู้ดูแลผู้ป่วย

4. อารมณ์ของผู้ป่วยและญาติ

เมื่อเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ ภาวะซึมเศร้า (Depression) ภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะสับสน (Delirium) มีความรู้สึกผิดหรือ ปฏิเสธความจริง รู้สึกหมดคุณค่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น รวมถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย ความรู้สึกดังกล่าวยังขึ้นกับเจตนาจะวนเวียนอยู่ในความคิด ความรู้สึกตลอดเวลา นอกจากนี้ ผู้ป่วยบางรายกลัวการหายใจไม่ออก กลัวยาย และที่สำคัญที่สุดคือกลัวพลัดพรากจากบุคคลที่รัก^{(15),(16)} อาจส่งผลให้ญาติผู้ดูแลเข้าสู่ภาวะวิกฤตตามสถานการณ์ (situational crisis) ภาวะที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่มีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยระยะสุดท้ายแล้วไม่สามารถแก้ไขด้วยวิธีต่างๆ ได้ทำให้เกิดความรู้สึกละอายใจ ไม่สามารถปฏิบัติภารกิจต่างๆ ได้ เช่นปกติ ไม่ยอมรับความจริงและปฏิเสธความตาย ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย บ่อยครั้งที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย รู้สึกไม่สบายใจเมื่อไม่สามารถรักษาผู้ป่วยได้จากความทุกข์ทรมานหรือไม่ทราบว่า จะดูแลผู้ป่วยอย่างไร ผู้ดูแลบางคนแสดงความรู้สึกของการไร้ความสามารถในการสังเกตอาการที่เสื่อมสภาพของผู้ป่วย หรือเห็นผู้ป่วยทุกข์ทรมาน จากผลข้างเคียงของการรักษา แต่ไม่สามารถบรรเทาอาการเหล่านั้นได้ การไม่เข้าใจแพทย์รวมถึงขอบเขตเกี่ยวกับการรักษาของแพทย์ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเจ็บปวดเนื่องจากไม่สามารถให้การดูแลหรือช่วยเหลือผู้ป่วยได้ไม่เพียงพอ นอกจากนี้ญาติผู้ดูแลจะต้องเผชิญกับความเครียดในการจัดการกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น แต่กลับไม่ใส่ใจให้การดูแลตนเองอีกทั้งยังมีความทุกข์ใจเมื่อไม่สามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีอาการดีขึ้นได้ เกิดความรู้สึกผิด และรู้สึกหมดหนทางช่วยเหลือ (Helplessness) เมื่อผู้ป่วยมีอาการเลวลง นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแล ยังต้องอดทนกับสภาพอารมณ์ของผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรคที่ เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากภาวะเจ็บป่วย เช่น หงุดหงิด โกรธง่าย เอาแต่ใจ เอาใจยาก

ไม่ยอมปฏิบัติตาม แผนการรักษาและไม่ให้ความร่วมมืออื่นๆ เป็นต้น โดยเฉพาะญาติผู้ดูแลในกลุ่มภรรยาจะได้รับผลกระทบ มากที่สุดเนื่องจากจะทำให้รู้สึกว่าการว่างเปล่าและ ื่ออาหารฉันทสามภรรยาเปลี่ยนไปซึ่งจะสร้างความ ทุกข์ใจให้กับญาติผู้ดูแลได้มาก

5. ความไม่สุขสบายทางร่างกายรวมถึงอาการต่างๆ ของผู้ป่วยและญาติ

ปัญหาและความต้องการด้านร่างกายผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายก็มีปัญหาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะภายในระบบต่างๆ ที่เสื่อมโทรมลงเรื่อยๆ จนกระทั่งล้มเหลวในที่สุด⁽¹⁷⁾ ความสามารถในการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ เปลี่ยนไป และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงหรือทำไม่ได้เลย⁽¹⁸⁾ อาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานมากที่สุด คือความเจ็บปวด อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง คลื่นไส้ อาเจียน⁽¹⁹⁾ ร่างกายชুবวม หายใจเหนื่อย มีอาการทางระบบประสาท อาการแพ้ สับสน มึนงง และกระวนกระวาย⁽²⁰⁾ ผู้ป่วยจึงต้องการการช่วยเหลือดูแลเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยทั่วไปได้แก่ความสะอาดและความสุขสบาย⁽²¹⁾ เช่นเดียวกับญาติผู้ดูแล บางรายต้องดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนักตลอด 24 ชั่วโมง จึงทำให้มีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ อาการทางร่างกายที่พบบ่อยคือ นอนไม่หลับ คลื่นไส้ เหนื่อยล้า วิตกกังวลและซึมเศร้า จนถึงรุนแรงถึงขั้นฆ่าตัวตาย

6. ปัญหาทางสังคมและแหล่งสนับสนุนของผู้ป่วยและครอบครัว

แหล่งสนับสนุนทางสังคมและความมั่นคงทางการเงินและหน้าที่การงานเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะเรื้อรัง ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การสนับสนุนในทุกช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย จนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต⁽²²⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ญาติผู้ดูแลต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงของโรคมาเรียมะเร็งรวมถึงภาระด้านการเงิน ญาติผู้ดูแลต้องลาออกจากงานประจำเพื่อมาดูแลผู้ป่วยเต็มวัน ทำให้ขาดรายได้ หรือมีรายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่ายทั้งรายจ่ายของตนเองและรายจ่ายของผู้ป่วย

ผู้ดูแลบางรายหาวิธีแก้ปัญหาโดย หาแหล่งประโยชน์จากบุคคลในครอบครัวมาช่วย ดูแลผู้ป่วยรวมถึงการช่วยเหลือด้านการเงินเพื่อให้ดำรงบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้ ญาติผู้ดูแลบางรายต้องการการประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย ผู้ดูแลต้องการให้หน่วยงานของโรงพยาบาล ที่ทำการรักษาให้มีระบบประสานงานในการส่งต่อผู้ป่วยไปรักษาต่อตามสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง เพราะผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลไม่ต้องการให้ผู้ป่วยเสียชีวิตที่บ้าน ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างเต็มที่ก่อนเสียชีวิต

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย

สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัว เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่มีการแสดงออกซึ่งความรักและความห่วงใยต่อกัน ดังนั้นการมีสัมพันธภาพที่ดีแสดงความรักความห่วงใย ทำให้ผู้ป่วยไม่โดดเดี่ยว รู้สึกอบอุ่น มีกำลังใจสามารถจากไปอย่างสงบ เกิดคุณภาพการตายที่ดี⁽²³⁾ ทั้งนี้ทั้งนั้นต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ หลายประการ ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วยมะเร็ง

1.1 ความรุนแรงของโรค

โดยทั่วไปผู้ป่วยที่มีการดำเนินของโรคที่รุนแรงมากขึ้น มักทำให้ผู้ดูแลมีภาระการดูแลมากขึ้น นั้นหมายความว่าผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายที่มีอาการของโรคที่รุนแรงมากขึ้น จะส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้นด้วย ทั้งนี้เนื่องมาจากต้องเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพของ ผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และผู้ป่วยจะมีความต้องการการดูแลที่มีความเฉพาะเจาะจง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลเพิ่มขึ้น และมีการะในการดูแลสูงขึ้นตามมา จึงมีผลให้มีความต้องการการช่วยเหลือในดูแลผู้ป่วยจากทีมสุขภาพมากยิ่งขึ้น

1.2 จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษา

ผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายจะมีอาการของโรคที่เปลี่ยนแปลงเกือบตลอดเวลา อาจต้องเข้ารับ

การรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ซึ่งจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาจะผันแปรไปตามระดับความรุนแรงของโรคซึ่งส่วนใหญ่มักเกิดจากโรคกำเริบหรือเกิดภาวะคุกคามต่อชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยมักเกิดความเมื่อยล้าจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนขึ้น นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยระยะสุดท้ายทำให้ผู้ดูแลต้องสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายมากขึ้น ทั้งในส่วนของการรักษา ค่าใช้จ่ายขณะอยู่ในโรงพยาบาล ค่าเดินทางไปกลับระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ตลอดจนค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ⁽²⁴⁾

2. ปัจจัยพื้นฐานของผู้ดูแลผู้ป่วย

2.1 อายุ

อายุของสมาชิกที่เป็นผู้ดูแลจะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายเป็นอย่างมาก ทั้งนี้เพราะอายุเป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะและประสบการณ์ที่บุคคลได้ผ่านการเรียนรู้มาในอดีต ซึ่งส่งผลต่อการปรับตัวต่อปัญหาที่เกิดขึ้น และความสามารถในการจัดการกับตนเองและบุคคลอื่น ทำให้ผู้ดูแลหรือสมาชิกครอบครัวที่มีอายุต่างกันมีวิธีเผชิญปัญหาและมีความต้องการในการพึ่งพาบริการทางสุขภาพแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ ผลการศึกษาส่วนใหญ่ได้ข้อสรุปว่าอายุที่เพิ่มขึ้นจะส่งผลต่อความสามารถในการดูแลที่เพิ่มขึ้นด้วย ดังเช่น การศึกษาของวินิตา พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับศักยภาพหรือความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และสามารถทำนายศักยภาพในการดูแลของผู้ดูแลได้ ผู้ดูแลที่มีอายุมากจึงอาจมีประสบการณ์ การดูแลและสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีกว่าสมาชิกผู้ดูแลที่มีอายุน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของเบรินส์ ลีบานซ์ อเบอร์เนตตี และแครีโรว⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่มีอายุอยู่ในช่วง 15-29 ปี จะมีความต้องการการช่วยเหลือในการปลอบใจในเรื่องการสูญเสียผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป นอกจากนี้ผู้ดูแลที่มีอายุมากจะมีความคุ้นเคยกับบทบาทของผู้ดูแลมากกว่า เนื่องจากมีประสบการณ์ การให้การดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ มาก่อน ทำให้สามารถปรับบทบาทในการให้การดูแลได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย

2.2 เพศ

โดยทั่วไปสมาชิกในครอบครัวหนึ่งๆ จะประกอบด้วยสมาชิกที่มีเพศแตกต่างกัน ซึ่งเพศที่แตกต่างกันจะมีเจตคติ ความเชื่อ และค่านิยมที่ต่างกัน ไป จึงส่งผลต่อการเผชิญปัญหาและการปรับตัว ตลอดจนความคิดเห็นต่อการเจ็บป่วยที่ต่างกันทำให้ครอบครัวมีความต้องการการช่วยเหลือที่แตกต่างกันด้วย โดยเฉพาะวัฒนธรรมไทย เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นในครอบครัว สังคมมักจะคาดหวังว่าสมาชิกครอบครัวที่เป็นเพศหญิงจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เนื่องจากพื้นฐานทางด้านความเชื่อ และการปลูกฝังค่านิยมทางสังคม วัฒนธรรมของคนไทย นอกจากนั้นการศึกษาของชูชื่น ยังพบว่า ผู้ดูแลเพศหญิงมักมีการปรับตัวได้ดีกว่าผู้ดูแลเพศชาย ส่งผลให้เพศหญิงสามารถที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลได้ง่ายและเร็วกว่าเพศชาย⁽²⁶⁾ นอกจากนี้เพศชายจะมีความรู้สึกเป็นภาระและมีความรู้สึกลำบากในการให้การดูแลผู้ป่วยมากกว่าเพศหญิง เนื่องจากเพศชายมีความสามารถในการทำงานต่างๆ ในบ้านน้อยกว่าเพศหญิงจึงทำให้ต้องใช้เวลามากกว่าเพศหญิงในการทำงานบ้าน ประกอบกับเพศชายส่วนใหญ่ จะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ในการออกไปทำงานหารายได้นอกบ้าน จึงทำให้รู้สึกเป็นภาระและมีความยากลำบากมากกว่า

2.3 ระดับการศึกษาของสมาชิกในครอบครัว/ผู้ดูแล

ระดับการศึกษาของสมาชิกครอบครัวถือเป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่มีความสำคัญ ผลการศึกษาในอดีตต่างสนับสนุนว่าการศึกษาที่เพิ่มขึ้น ทำให้ความสามารถในการดูแลเพิ่มขึ้น เนื่องจากการศึกษาถือเป็นประสบการณ์ชีวิตอย่างหนึ่ง ซึ่งช่วยพัฒนาสติปัญญาและการคิดแก้ไขปัญหาอย่างมีเหตุผล ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับโรค และการรักษาจากที่บุคลากรสาธารณสุขให้คำแนะนำรวมถึงจากสื่อต่างๆ ได้ดีกว่า ส่วนสมาชิกครอบครัวที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่า จะทำความเข้าใจกับข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ไม่ครบถ้วน มีความเข้าใจในข้อมูลต่างๆ

น้อยกว่า ส่งผลให้ไม่สามารถหาวิธี การแก้ ปัญหาที่เหมาะสมได้ ทั้งนี้ผู้ดูแลที่มีการศึกษาในระดับที่ต่ำกว่า อาจจะมีข้อจำกัดในเรื่องของความรู้ ในการดูแล และความสามารถในการทำความเข้าใจกับข้อมูลต่างๆ ที่ได้รับ จากทีมสุขภาพได้น้อยกว่า ในขณะที่เดียวกันผู้ดูแลที่มีระดับการศึกษาที่สูงกว่า ก็อาจจะมีความต้องการข้อมูล และรายละเอียดต่างๆ ในการดูแลมากกว่า ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ

2.4 ลักษณะอาชีพ

อาชีพของสมาชิกครอบครัว ครอบครัวที่ทำอาชีพเกี่ยวกับเกษตรกรรมและรับจ้างมักจะมีความรู้ทางกลองสูงกว่าอาชีพอื่นๆ เนื่องจากสมาชิกส่วนใหญ่จะมีระดับการศึกษาต่ำขาดความรู้และความเข้าใจในการดูแล ดังนั้นสมาชิกครอบครัวที่ลักษณะอาชีพแตกต่างกัน จึงย่อมมีความต้องการความช่วยเหลือที่แตกต่างกันไป นอกจากนี้สมาชิกครอบครัวที่ประกอบอาชีพควบคู่ไปกับการรับทาสีหน้าในการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังระยะสุดท้าย จะต้องใช้ศักยภาพในการจัดการเวลาให้เพียงพอกับภาระงานที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาระในการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นภาระที่ค่อนข้างหนัก จึงอาจส่งผลให้สมาชิกครอบครัวมีเวลาในการพักผ่อนหรือการทำกิจกรรมต่างๆ ลดลง อาจทำให้เกิดความรู้สึกเป็นภาระและความเครียดในการดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของมอนโกเมอร์⁽²⁷⁾ ที่พบว่า ผู้ดูแลที่ประกอบอาชีพควบคู่ไปกับการทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจะรู้สึกถึงความเป็นภาระมากกว่าผู้ดูแลที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว ในขณะที่สมาชิกครอบครัวที่ไม่ได้ประกอบอาชีพจะมีศักยภาพในการให้การดูแลได้ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของอรัทัย ทองเพชร⁽²⁸⁾ ที่พบว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้ทำงานจะสามารถจัดการเวลาในการดูแล มีเวลาในการพักผ่อน และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดมากกว่า อย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลที่มีรายได้น้อย เช่น อาชีพรับจ้างหรือเกษตรกร มักจะมีรายได้ไม่เพียงพอต่อค่าใช้จ่าย ทำให้ผู้ดูแลจำเป็นต้องดิ้นรนหารายได้ เนื่องจากต้องมีการใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงทำให้ ผู้ดูแลกลุ่มนี้ อาจมีความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ จะเห็นได้ว่า ลักษณะอาชีพ

ที่แตกต่างกันของผู้ดูแลก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัย ที่ส่งผลต่อความต้องการการช่วยเหลือ ในการดูแลผู้ป่วย เช่น ผู้ดูแลที่มีอาชีพที่ต้องทำงานเป็นผลัด อาจทำให้มีเวลาในการดูแลผู้ป่วยไม่แน่นอน และมักมีเวลาในการพักผ่อนน้อย อาจส่งผลให้รู้สึกเป็นภาระที่จะต้องให้ การดูแลผู้ป่วยเพิ่ม ขึ้น จึงทำให้มีความต้องการผู้ช่วยในการดูแลผู้ป่วย หรืออาชีพที่มีรายได้ต่ำอาจมีปัญหาในเรื่องของค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วย จึงมักมีความต้องการการช่วยเหลือใน ส่วนของค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

2.5 ภาวะสุขภาพของสมาชิกครอบครัว / ผู้ดูแล

โดยเฉพาะภาวะสุขภาพของผู้ดูแลหลักถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย และภาระในการดูแล ผู้ดูแลซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 39-60 ปี มักมีโรคเรื้อรังที่เป็นโรคประจำตัว หากผู้ดูแลกลุ่มนี้มี ปัญหาสุขภาพเกิดขึ้นก็อาจจะส่งผลให้ศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง และไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่าง ต่อเนื่อง อีกทั้งการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานานก็อาจจะ ส่งผลให้ภาวะสุขภาพของผู้ดูแลทรุดลงกว่าเดิมได้ เนื่องจากผู้ดูแลที่มีโรคเรื้อรังเป็นโรคประจำตัวด้วย อาจจะส่งผลให้มี ข้อจำกัดในการดูแลผู้ป่วยในทางตรง กันข้ามการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานานก็อาจ ส่งผลต่อสุข ภาพของผู้ดูแล โดยอาจทำให้ผู้ดูแลมีภาวะ เจ็บป่วย ไม่ว่าจะเป็นด้วยปัญหาทางกาย หรือด้านจิตอารมณ์ ซึ่งจะส่งผลให้ไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้ไม่เต็มที่เช่นกัน

2.6 ระยะเวลาในการดูแล

ความเครียดของผู้ดูแลในระยะเวลาสั้นพบว่า ต่ำกว่าผู้ที่ดูแลมานานกว่าสองปีทาวนเซนด ยังพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นใจลดลงภาระที่อาจเกิดขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลระยะเวลานานอาจมีความ รู้สึกมั่นใจมากขึ้นส่งผลให้ การลดลงของภาระการรับรู้ โดยทั่วไปสมาชิกครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลผู้ป่วยมักต้อง เผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ ตั้งแต่ ทราบข่าวหรือข้อมูลการเจ็บป่วยแต่เมื่อระยะเวลา ผ่านไปครอบครัวก็จะมีปรับตัวและมีความสามารถในการเผชิญกับปัญหาและความยากลำบากในการดูแล ได้ดีขึ้น ดังนั้นสมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแลหลัก ที่ให้การ

ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเวลานาน จะมีประสบการณ์ ตลอดจนมีทักษะและความชำนาญในการดูแลมากขึ้น แต่ ในขณะเดียวกันครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยมาเป็นระยะเว ลานานๆ ก็อาจเบื่อหน่าย ท้อแท้ เครียด เหนื่อยล้า และรู้สึก ยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อ ศักยภาพในการดูแลและความผาสุกของครอบครัวได้ อาจมีสุขภาพทรุดโทรมลง เนื่องจากการได้รับการพักผ่อน ที่ไม่เพียงพอ ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นได้ แสดงให้เห็นว่า ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยที่แตกต่างกัน มีผลต่อความต้องการของครอบครัว/ผู้ดูแลในการขอ ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพแตกต่างกันไป ผู้ดูแลที่ ให้การดูแลมาเป็นระยะเวลานาน อาจจะมีทักษะและ ความชำนาญในด้านการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เพิ่งดูแลมา ในระยะเวลาสั้นๆ จึงอาจทำให้ต้องการความช่วยเหลือ ในด้านของการฝึกฝนทักษะในการดูแลหรือวิธีการดูแล น้อยกว่าผู้ดูแลที่มีระยะเวลาในการดูแลน้อย การดูแลเป็น ระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเหนื่อยล้าจาก การให้การดูแลได้มากกว่าผู้ดูแลที่ดูแลมาในระยะเวลาที่ น้อยกว่า จึงทำให้ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต มาเป็นระยะเวลานาน มีความต้องการการช่วยเหลือใน ด้านการแบ่งเบาภาระในการดูแลมากกว่า

3. ปัจจัยด้านครอบครัว

3.1 รายได้ของครอบครัว

รายได้เป็นปัจจัย ที่มีความสำคัญและมี อิทธิพลต่อความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล เป็นตัวที่ ช่วยกำหนดความพึงพอใจในชีวิต และทำให้เกิดความ ผาสุกในครอบครัวได้ ซึ่งเมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการ เจ็บป่วย ย่อมจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น อาจ จะไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ ผู้ป่วยบางรายอาจจะ ต้องลาออกจากงาน และในขณะเดียวกันสมาชิก ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยก็ก็จะไม่สามารถ ทำงานได้อย่างเต็มที่ ส่งผลกระทบต่อรายได้ของ ครอบครัว โดยครอบครัวที่มีรายได้สูงก็อาจจะได้รับ ผลกระทบน้อยกว่า และอาจยังคงมีความสามารถในการ จัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ให้กับ ผู้ป่วย หรือสามารถเลือกแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือได้

มากกว่าครอบครัวที่มีรายได้น้อย นอกจากนี้ครอบครัวที่มีรายได้สูงจะมีความเครียดและความวิตกกังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้ต่ำ

3.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

ระบบครอบครัวเป็นระบบพึ่งพาที่สำคัญระหว่างสมาชิกในครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ย่อมจะส่งผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัว ซึ่งปฏิกิริยาที่รับรู้ต่อการเจ็บป่วยจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะกับผู้ป่วย เช่น เมื่อบุตรเกิดความเจ็บป่วย บิดามารดาย่อมมีความรู้สึกวิตกกังวลมากกว่าญาติที่มีความสัมพันธ์ห่างออกไป โดยทั่วไปคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วยมักจะเป็นผู้ดูแลหลักที่คอยดูแลผู้ป่วยเกือบตลอดเวลา โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้นที่พบว่าผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลได้มากกว่าผู้ดูแลในกลุ่มอื่นๆ และเมื่อมีการเปรียบเทียบกับระหว่างสามีและภรรยาในบทบาทของผู้ดูแล พบว่าผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะรับรู้ถึงการเป็นภาระในการดูแลมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นสามี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อสามีล้มป่วยภรรยาต้องรับบทบาทในการเป็นผู้ดูแลหลัก และขณะเดียวกันก็ต้องรับบทบาทการเป็นหัวหน้าครอบครัว แทนสามี รับบทบาทในการหารายได้เลี้ยงครอบครัว ดูแลสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนงานบ้านควบคู่ไปด้วย ส่งผลให้ผู้ดูแลที่เป็นภรรยาจะเกิดความเครียดและความรู้สึกเป็นภาระจากการทำหน้าที่ในหลายบทบาทได้ และถึงแม้ว่าสมาชิกในครอบครัวจะเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย แต่หากไม่ได้มีความสัมพันธ์โดยตรงทางสายเลือด ก็มักจะมีการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยแตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะกับผู้ป่วยในแต่ละรายมักทำให้ครอบครัวมีความต้องการในการช่วยเหลือ ที่แตกต่างกันได้ ผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากกว่า เช่น เป็นพ่อแม่ หรือบุตรย่อมจะรับรู้ถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ห่างออกไป เมื่อทราบว่าผู้ป่วยป่วยในระยะสุดท้ายย่อมจะส่งผลต่อความรู้สึกถึงการสูญเสียที่รุนแรงมากกว่า ผู้ดูแลในกลุ่มนี้จึงอาจต้องการการช่วยเหลือในด้านการประคับประคองจิตใจมากกว่า

ผู้ดูแลกลุ่มอื่นๆ ในขณะเดียวกัน คู่สมรส ก็เป็นผู้ดูแลอีกกลุ่ม หนึ่งที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยเมื่อฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเจ็บป่วย อีกฝ่ายย่อมต้องรับภาระหน้าที่ต่างๆ แทน ส่งผลให้ผู้ดูแลกลุ่มนี้ มีภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบสูงขึ้น จึงอาจทำให้มีความต้องการการช่วยเหลือในด้านของการจัดการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นด้วย

3.3 ประสบการณ์การดูแล

การรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคในผู้ดูแลแต่ละคนอาจจะแตกต่างกันไป ทั้งนี้อาจเกิดจากประสบการณ์ในการเผชิญกับความเจ็บป่วยของผู้ดูแลแต่ละคน ผู้ดูแลที่เคยผ่านประสบการณ์การดูแลมามาก แม้ว่าจะต้องดูแลผู้ป่วยที่มีการดำเนินโรคที่รุนแรงมาก ก็อาจจะรับรู้ถึงความรุนแรงได้น้อยกว่าผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลน้อยกว่าหรือไม่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลมาก่อน⁽²⁹⁾ ผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์การดูแลมามากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลและเผชิญกับปัญหาได้มากกว่าผู้ดูแลที่ผ่านประสบการณ์ในการดูแลน้อย นอกจากนี้การศึกษายังพบว่า ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะมีโอกาสได้เรียนรู้สิ่งใหม่ๆ และสามารถนำไปใช้ในการดูแลบุคคลอื่นในครอบครัวต่อไปได้ ประสบการณ์การดูแลจะทำให้ผู้ดูแลเกิดการเข้าใจและยอมรับกับอาการของโรค มีการเรียนรู้การดูแล ค้นหาวิธีการดูแลที่เหมาะสมจากการเรียนรู้พฤติกรรม การสั่งสมประสบการณ์ และปรับการดูแลให้เหมาะสมตามมา

3.4 การสื่อสารของทีมสุขภาพ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพการตายของผู้ป่วยระยะสุดท้ายตายตามการรับรู้ของผู้ดูแล นั่นคือ ผู้ดูแลรับรู้ว่าการสื่อสารที่เข้าใจตรงกัน การรับฟังปัญหาต่างๆ การดูแลเอาใจใส่การมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา จะเกิดการดูแลที่ตรงความต้องการ และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดี พบว่าการรับฟังอย่างตั้งใจของทีมสุขภาพและความพึงพอใจในการสื่อสารส่งผลให้เกิดคุณภาพการตายที่ดีผู้ป่วยและครอบครัวได้รับข้อมูลและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจต่อการดูแลรักษาน้อย การสนับสนุนเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านไม่เพียง

พอ เช่น เครื่องดูดเสมหะชุดให้ออกซิเจนเตียงผู้ป่วย เป็นต้น ส่งผลให้ต้องนอนรักษาและเสียชีวิตในโรงพยาบาล แนวทางการเตรียมความพร้อมผู้ดูแลไม่ชัดเจน ขาดการส่งต่อข้อมูลและประสานการดูแลของทีมสหสาขาวิชาชีพที่เป็นระบบทั้งในโรงพยาบาลและชุมชน ไม่มีระบบการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยต่อเนื่อง การพัฒนาในครั้งนี้ คือ มีการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเฉพาะราย การเตรียมความพร้อมผู้ดูแลและครอบครัว การสนับสนุนเครื่องมืออุปกรณ์ และอำนวยความสะดวกเพื่อนำส่งผู้ป่วยกลับบ้าน มีการจัดระบบฐานข้อมูลและตัวชี้วัดในการ พัฒนาการดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ชัดเจน โดยมีการส่งข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบ งานเยี่ยมบ้านผ่านศูนย์การดูแลต่อเนื่อง (Continuing of care center: COC) จากปัจจัยในด้านต่างๆ ช่างต้นแสดงให้เห็นว่าในแต่ละปัจจัย ล้วนส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแล ความสามารถหรือศักยภาพในการให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และมีผลต่อการปรับตัว การเกิดความเครียด วิตกกังวลของครอบครัวจากการให้การดูแล รวมไปถึงความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรทางสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะต้องเข้าไปประเมินความต้องการของครอบครัว เพื่อที่จะสามารถให้การดูแลช่วยเหลือ ตลอดจนสนับสนุนและส่งเสริมครอบครัวให้สอดคล้องกับปัจจัยด้านต่างๆ เพื่อให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายได้อย่างดีที่สุด

ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

ความต้องการของผู้ดูแล ผู้ดูแลเมื่อเข้ารับบทบาทเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ดูแลต้องการความช่วยเหลือในด้านต่างๆ เพื่อให้สามารถดำรงบทบาทในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ได้แก่ 1) ข้อมูลในการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย 2) การประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการระยะท้าย 3) ให้บุคลากรของสถานบริการช่วยดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแทนตนเอง เมื่อจำเป็น และ 4) ความช่วยเหลือด้านการเงิน

1. ความต้องการความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย ครอบครัวย่อมมีความต้องการ ให้ผู้ป่วยได้รับการ

ดูแลที่ดี เพื่อที่จะช่วยลดความทุกข์ทรมานจากสภาวะของโรค และช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขสบายมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า ญาติโดยส่วนใหญ่ต้องการที่จะได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคทักษะในการปฏิบัติดูแลที่จำเป็น การแก้ไขปัญหาและจัดการอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น การจัดการกับอาการปวด และอาการอื่นๆ ที่เกิดขึ้น ตลอดจนต้องการความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง นอกจากนี้ยังต้องการโอกาสในการซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับการดูแลในเรื่องต่างๆ ดังนั้นการให้ความรู้ที่ตรงกับความต้องการของครอบครัวจะช่วยให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และทำให้ความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวลดลง ความต้องการข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วย ครอบครัวโดยส่วนใหญ่ต้องการให้บุคลากรทีมสุขภาพให้ข้อมูลที่ชัดเจน เปิดเผย ตรงไปตรงมา เกี่ยวกับภาวะสุขภาพอาการของผู้ป่วยการพยากรณ์โรค ทางเลือกของการรักษา ความก้าวหน้าโรค ตลอดจนแหล่งประโยชน์เครือข่ายทางสังคมที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้ในยามฉุกเฉิน โดยข้อมูล ที่ให้ต้องมีความสอดคล้องกัน และบุคลากรที่เป็นผู้ให้ข้อมูลควรเป็นบุคคลที่ครอบครัวมีความรู้สึกคุ้นเคย ใช้ภาษาที่เข้าใจง่าย และสถานที่ที่ให้ข้อมูลควรมีความเป็นส่วนตัว ซึ่งในการให้ข้อมูลแก่ครอบครัวนั้นควรจะทำตั้งแต่ในตอนเริ่มต้นคือเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งขณะรับการรักษา จนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตและควรมีการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อที่จะให้ครอบครัวได้มีการเตรียมความพร้อมและมีการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

2. ความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจและอารมณ์ ภาระในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ประกอบกับภาระส่วนตัวของครอบครัว อาจทำให้สมาชิกครอบครัวซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยได้ อีกทั้งครอบครัวยังต้องเผชิญกับความเศร้าโศก ความหวาดหวั่น ความไม่แน่ใจ และความสูญเสียที่เกิดจากการรับรู้การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ ปลอบโยน และกำลังใจ เพื่อที่จะจัดการกับความทุกข์

ทราบทางด้านจิตใจและความเครียดที่เกิดขึ้น ทั้งนี้เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้ความรุนแรงเพิ่มขึ้นจนกลายเป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจ บุคลากรสาธารณสุขจึงต้องให้การช่วยเหลือครอบครัวโดยรับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกต่างๆอย่างเข้าใจ เอาใจใส่ไว้อต่อความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัว ตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีทัศนคติที่ดีต่อความตายที่กำลังจะเกิดขึ้น

3. ความต้องการด้านการติดต่อสื่อสาร ครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ต้องการที่จะทราบช่องทางการสื่อสารกับบุคลากรทีมสุขภาพที่ง่ายและสะดวก และได้รับการดูแลเอาใจใส่จากหน่วยงานที่ให้บริการ สามารถขอคำแนะนำ คำปรึกษา เพื่อให้ได้คำตอบที่ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังต้องการที่จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและได้รับ การยืนยันว่าการตัดสินใจที่ได้ทำไปแล้วถูกต้อง ในผู้ดูแลบางรายอาจให้คำปรึกษา คำแนะนำทางโทรศัพท์ ซึ่งการขอคำปรึกษาทางโทรศัพท์จะมีข้อดีคือ ช่วยให้ครอบครัวสามารถให้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้เองที่บ้าน และเป็นการช่วยประหยัดทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ดูแลอีกด้วย⁽³⁰⁾

4. ความต้องการด้านการจัดการเวลา บทบาทของครอบครัวที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องส่งผลให้สมาชิกครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยมีเวลาในการทำกิจกรรมส่วนตัวลดลง โดยเฉพาะหากครอบครัวขาดทักษะและความรู้ที่เพียงพอในการปฏิบัติ การดูแล อาจทำให้ต้องเสียเวลาในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลนั้นๆ เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้การที่ต้องให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา อาจทำให้ครอบครัวไม่มีเวลาออกกำลังกาย พักผ่อน หรือทำกิจกรรมผ่อนคลายต่างๆ ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงต้องได้รับคำแนะนำและความช่วยเหลือ เพื่อให้สามารถที่จะจัดการเวลาในการดูแลและทำกิจกรรมส่วนตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยได้ตามลำดับความสำคัญ และไม่ส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของครอบครัวมากนัก ซึ่งจะช่วยให้ครอบครัวสามารถลดภาระในการ

ดูแลผู้ป่วยได้

5. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งหมายถึงความต้องการการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อการเตรียมตัวสำหรับความตายและการอยู่กับผู้ป่วยในวาระสุดท้ายชีวิต จากการศึกษาพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความต้องการในการให้การดูแลและอยู่กับผู้ป่วยก่อนจะสิ้นใจ โดยต้องการที่จะคอยดูแลอย่างใกล้ชิดตลอดเวลา ต้องการให้ผู้ผู้ป่วยได้กลับมาเสียชีวิตที่บ้าน และต้องการให้ผู้ผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ โดยมีสมาชิกครอบครัว และญาติพี่น้องอยู่กันอย่างพร้อมหน้าพร้อมตา การขออโหสิกรรมหรือการขอภัยในสิ่งที่เคยทำผิด รับฟังคำสั่งเสียครั้งสุดท้าย และรับปากจะช่วยจัดการในเรื่องที่ผู้ป่วยยังค้างคาใจ ความต้องการในด้านนี้เป็นความต้องการที่ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าได้กระทำในสิ่งที่ดีกับผู้ป่วยถือเป็นการได้ทำหน้าที่ในการดูแลครั้งสุดท้ายและเป็นการทำหน้าที่อย่างสมบูรณ์ก่อนที่ผู้ป่วยจะจากไป

6. ความต้องการการสนับสนุน และความช่วยเหลือในการแก้ปัญหาต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ครอบครัวที่ทำหน้าที่ในการให้การดูแลย่อมต้องการการช่วยเหลือ และสนับสนุนตั้งแต่เริ่มแรก เนื่องจากผู้ป่วยระยะสุดท้ายต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยประเภทอื่นๆ โดยอาจจะเป็นผลมาจากความรุนแรงของโรค และสภาพการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ซึ่งความต้องการในการช่วยเหลือและสนับสนุน จะเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยมี การดำเนินโรคที่รุนแรงมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงของการให้การรักษา และผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง การให้การช่วยเหลือและสนับสนุนที่ต่อเนื่องจากทีมสุขภาพจะช่วยให้ครอบครัวสามารถแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นและสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมอีกทั้งยังเป็นการช่วยลด ความเครียด ความกดดันจากการให้การดูแลผู้ป่วยได้อีกทางหนึ่งด้วย

7. ความต้องการด้านอื่นๆ เช่น ความต้องการการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้ดูแลเอง โดยเฉพาะการพักผ่อนก่อนที่จะกลับมาให้การดูแลอีกครั้ง ซึ่งความต้องการในด้านต่างๆ เหล่านี้ครอบครัวมักจะให้ความสำคัญอยู่ในอันดับ

หลังจากเนื่องจากเป็นความต้องการที่เกี่ยวกับตัวผู้ดูแลเอง การให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่ให้การดูแล ทั้งในด้านของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ครอบครัวจึงมีความต้องการที่จะได้รับการช่วยเหลือดูแลในด้านต่างๆ ซึ่งความต้องการการช่วยเหลือเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญที่บุคลากรสาธารณสุข ควรตระหนักและพยายามค้นหาแนวทางในการสนับสนุน เพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของครอบครัว และช่วยส่งเสริม ให้ครอบครัวสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course. J Pain Palliat Care Pharmacother 2014;28(2):130-4.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถิติที่สำคัญ พ.ศ. 2556. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการส่งเสริมสุขภาพผ่านศีกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2556.
- Connor S, Bermedo MS. Global atlas of palliative care at the end of life. Geneva: World Health Organization; 2014.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. วารสารเกื้อการุณย์ 2548;12(1):31-9.
- Edwards B, Clarke V. The Psychological Impact of a Cancer Diagnosis on Families: The Influence of Family Functioning and Patients' Illness Characteristics on Depression and Anxiety. Psychooncology 2004;13(8): 562-76.
- สุวรรณ อุษาคเนานนท์. อยู่อย่างมีความหมาย ตายอย่างมีชีวิต. กรุงเทพฯ: 108 สดุดยอดไอเดีย; 2548.
- จินตนา ตั้งวรพงค์ชัย. วัฒนธรรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาล. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะสาธารณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
- Mangan PA, Taylor KL, Yabroff KR, Fleming DA., Ingham JM. Caregiving near the end of life: unmet needs and potential solutions. Palliat Support Care 2003;1(3):247-59.
- กัลยา แซ่ซิด. ความคาดหวังและการดูแลแบบประคับประคองที่ได้รับตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ภาควิชาการพยาบาลผู้ใหญ่, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2547.
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. การดูแลแบบประคับประคอง: Palliative Care. ใน: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข: กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะ สุดท้าย, การประชุมวิชาการเรื่อง Palliative Care และพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 21 และสัมมนาสมัชชากสุขภาพการพยาบาล ประจำปี 2554. กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2553:32-47.
- การีหม๊ะ นิจินการี, อรัญญา เขาวลิต, อุไร หักกิจ. มุมมองเกี่ยวกับการตัดสินใจในระยะสุดท้ายของชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไทยมุสลิมใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้. สงขลานครินทร์เวชสาร 2551;26(5):431-9.
- พิมพ์พนิต ภาศรี, แสงอรุณ อัสระมัลย์, อุไร หักกิจ. ทัศนคติของครอบครัวและความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. วารสารสภาการพยาบาล 2558;30(4):57-71.
- ทัศนีย์ ทองประทีป. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. วารสารเกื้อการุณย์ 2548;12(1):31-9.

14. McMillan WW, Barnet C, Strow L, Chahine MT, McCourt ML, Warner JX, et al., Daily global maps of carbon monoxide from NASA's Atmospheric Infrared Sounder. *Geophys Res Lett* 2005;32(L11801):1-4.
15. ทองทิพย์ พรหมสร. การปฏิบัติการณ์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลฝาง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย;เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: 2551.
16. ทศนีย์ ทองประทีป. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในมิติจิตวิญญาณ. *วารสารเกื้อการุณย์* 2548;12(1): 31-9.
17. Weisman AD. *On Dying and Denying : A Psychiatric Study of Terminality* : New York: Behavioral Publications; 1972.
18. Berry PH., Kuebler KK., Heidrich DE. *End of life care clinical practice guidelines*. Philadelphia: W.B. Saunders; 2002.
19. สถาพร ลีลำนันทกิจ. ภาวะสุดท้ายของชีวิต-แนวคิด-ปรัชญา: คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2548.
20. Jean SK, Cordt TK, David EN. Symptom burden at the end of life: hospice providers' perceptions. *J Pain Symptom Manage* 2001;21(6):473-80.
21. Potter J, Hami F, Bryan T, Quigley C.. Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: prevalence and patterns. *Palliat Med*. 2003;17(4): 310-4.
22. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. *รามาริบัติพยาบาลสาร* 2557;20(1): 10-22.
23. Choi JY., Chang YJ, Song HY, Jho HJ, Lee MK. Factors that affect quality of dying and death in terminal cancer patients on inpatient palliative care units: perspectives of bereaved family caregivers. *J Pain Symptom Manage* 2013;45(4):735-45.
24. ชูชื่น ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ ผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.
25. Burns CM, LeBlanc TW, Abernethy A, Currow D. Young caregivers in the end-of-life setting: a population-based profile of an emerging group. *J Palliat Med* 2010;13(10): 1225-35.
26. เพ็ญใจ คันธรัตน์. ความคิดเห็นของสถานประกอบการที่มีต่อการจัดอาชีวศึกษาระบบทวิภาคี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต]. สาขาการบริหารอาชีวศึกษา, คณะครุศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ: สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง; 2540.
27. Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden. *Family Relations* 1985;34(1):19-26.
28. อรทัย ทองแพ้ชร. ภาระการดูแลของมารดาเด็กออทิสติก. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศาสตรมหาบัณฑิต]. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.

29. ชนัญญา กาสินพิลา. ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะสาธรรณสุขศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น: 2550.
30. ชูชื่น ชีวพูนผล. อิทธิพลของภาวะสุขภาพ ความเข้มแข็งในการมองโลกของญาติ ผู้ดูแลและความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลต่อการเผชิญปัญหาของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลาม. [ดุขฎีนิพนธ์พยาบาลศาสตรดุขฎีบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย; กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2541.