

การสนับสนุนความต้องการของผู้ดูแลที่เป็นญาติ Supportive Care Needs of Family Caregiver

ดร.ศากุล ช่างไม้ *

บทคัดย่อ

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ การให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นจัดเป็นการดูแลแบบหนึ่ง ผู้ดูแลเป็นผู้ให้การสนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่ยั่งยืนและเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่นเพื่อการดำรงชีวิต รวมทั้งเป็นบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ไม่สามารถช่วยตนเองได้อย่างเต็มที่และอยู่ในภาวะพึ่งพา ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยผู้ดูแลที่เป็นญาติซึ่งในบทความนี้เรียกว่า "ญาติผู้ดูแล" พบว่า 1) ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ 2) ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา 3) ภาระการดูแลผู้ป่วยและคุณภาพ

ชีวิตของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์เชิงแปรผกผัน และ 4) ความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญ

ดังนั้น การสนับสนุนความต้องการเกี่ยวกับการดูแล ในผู้ดูแลที่เป็นญาติของผู้ป่วยจึงควรประกอบด้วย ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการปฏิบัติ พยาบาลต้องให้ความสำคัญกับความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา อาทิ ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่าเป็นการ "ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วย" ที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (Living care) แทนที่การเป็น "ผู้ให้การดูแล" (Giving care) โดยไม่ได้อยู่อย่างการใช้ชีวิตร่วมกันในครอบครัว

* ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์ประจำหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

Abstract

Caring is a process that promotes individuals to live in a normal society. Giving attention and care to those who need to rely on others are caring. Caregivers provide care and support in what is essential and beneficial for others. They are individuals who help those unable persons to fully help themselves and being in a state of dependency. Key issues related to the care provided by caregivers who are family members or in this article called "family caregivers" are as follows: 1) the majority of family caregivers are women in middle age and becoming into old age; 2) stress and coping of caregivers is crucially involving patient care or

dependent care, 3) the burden of caring for patients and quality of life of family caregivers are related inversely to each other; and 4) caregivers' needs are important. Therefore, supportive care needs framework in caring for caregivers of chronically ill patients should contain in physical needs, emotional needs, informational needs, psychosocial needs, spiritual needs, and practical needs. Nurses must give priority to the needs of family caregivers of patients who rely on them such as the elderly in order that those caregivers will have taken their own lives along with patient care, also known as "Living (with) care" instead of only "Giving care". .

การดูแลเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมให้บุคคลดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างปกติ เป็นเรื่องของการให้ความสนใจและห่วงใยผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น กิจกรรมที่เรียกว่าเป็นการดูแลอาจเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนหรือกระทำโดยตรงให้กับผู้ที่ต้องพึ่งพานั้น เช่น ความสนใจ เอาใจใส่ (Attention) การสนับสนุนประคับประคอง (Supportive) การให้ข้อมูล (Information) หรือการสอน (Education) และการอำนวยความสะดวก (Facilities) ในวิชาชีพการพยาบาล โอเร็ม เทเลอร์ และเรนเพนนิ่ง (Orem, Taylor, and Renpenning, 2001) อธิบายว่า ผู้ดูแลผู้ที่ต้องพึ่งพา (Dependent-Care agent) คือ ผู้ที่มีวุฒิภาวะซึ่งยอมรับบทบาทและมีความรับผิดชอบในการให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องการการพึ่งพา (Dependent care) โดยมีส่วนช่วยส่งเสริมความอยู่รอดและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา เนื่องจากบุคคลนั้นไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ ครอบครัวเป็นผู้ทำหน้าที่

ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และสร้างระบบการดูแลเพื่อสนับสนุนภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวเกิดการเจ็บป่วย ครอบครัวจะจัดการให้บุคคลหนึ่งบุคคลใดเป็นผู้ดูแลในการกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อทดแทนส่วนที่สมาชิกซึ่งเจ็บป่วยไม่สามารถกระทำได้ด้วยตนเอง ช่วยให้สมาชิกที่ป่วยนั้นได้รับการฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

แนวคิดของการดูแล

เมื่อวิเคราะห์แนวคิดของการดูแลพบว่า การดูแลที่เกิดขึ้นได้นั้นมีความเกี่ยวข้องกับแนวคิดอื่นๆ เช่น แรงจูงใจในการช่วยเหลือ ทั้งนี้อาจเป็นแรงจูงใจเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองคือได้รับค่าจ้างตอบแทน หรืออาจเป็นแรงจูงใจที่เกิดจากความเห็นอกเห็นใจและความสงสารที่มีต่อผู้ที่มีภาวะพึ่งพา เพราะเป็นคนในครอบครัวเดียวกันหรือมีบุญคุณต่อกัน นอกจากนั้นการดูแลอาจเกี่ยวข้องกับค่านิยมของบุคคลและ

สังคม โดยอธิบายว่าการดูแลเป็นเรื่องของศีลธรรม จริยธรรมตามค่านิยมของสังคมและบุคคลในสังคม เป็นเรื่องของประสบการณ์ที่เคยได้รับมาในอดีต และกลายมาเป็นลักษณะประจำของคนในครอบครัว ในสังคมและของมนุษยชาติ การดูแลยังแสดงถึง สัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ให้การดูแลกับบุคคลที่ได้รับการดูแล เป็นการแสดงความสนใจ ห่วงใย เกี่ยวข้องกับอารมณ์และความรู้สึก ปัจจุบันแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการดูแลที่สำคัญคือ การดูแลที่เป็นการ ปฏิบัติการเพื่อการรักษาพยาบาล ที่ปรากฏในกลุ่ม บุคลากรสุขภาพ โดยต้องอาศัยองค์ความรู้ในศาสตร์ สาขาของตน รวมทั้งการพัฒนาทักษะที่ใช้ในการให้การ ดูแล จึงอาจกล่าวได้ว่าการดูแลเป็นลักษณะ พื้นฐาน ของมนุษย์ที่สำคัญ เกี่ยวข้องกับศีลธรรม จริยธรรม และความรับผิดชอบ ในการปฏิบัติต่อกัน ทั้งในครอบครัวและในสังคม มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่ง พาศิพัฒนา ยอดเพชร, 2547)

ผู้ดูแล (Caregiver) จึงหมายถึงผู้ให้การ สนับสนุนดูแลและดำเนินการในสิ่งที่จำเป็นประโยชน์ต่อผู้อื่น (ศิริวรรณ ศิริบุญ, 2545) เมื่อพิจารณาให้ลึกซึ้งใน มิติด้านสุขภาพ ผู้ดูแลคือบุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือ ผู้ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่และอยู่ในภาวะ พึ่งพา ทั้งผู้ที่มีปัญหาด้านสุขภาพหรือพิการและต้องการ ความช่วยเหลือ โดยมีส่วนในการช่วยส่งเสริมความอยู่ รอด ส่งเสริมภาวะสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลนั้น ผู้ดูแลเหล่านี้ส่วนใหญ่เป็นญาติหรือสมาชิกในครอบครัว หรือเป็นผู้ที่มีอาชีพเป็นผู้ดูแล (ศิริพัฒนา ยอดเพชร, 2547) สถาบันมะเร็งแห่งชาติ (National Cancer Institute, 2014) ของประเทศสหรัฐอเมริกา ยังได้ให้คำจำกัด ความของคำว่า ผู้ดูแล (Caregiver) ว่าเป็นคน ในครอบครัวหรือเพื่อนที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มะเร็งให้ผ่านพ้นความเจ็บป่วยได้

ชนิดของผู้ดูแลและกิจกรรมที่ปฏิบัติเพื่อการดูแล

1. **ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver)** เป็น ผู้ที่ต้องรับผิดชอบประจำและต่อเนื่อง ให้การดูแลผู้ที่ ได้รับการดูแลโดยตรงและใช้เวลาในการดูแลมากกว่า ผู้อื่น โดยมีหน้าที่ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำโดย ตรงต่อผู้ป่วย มุ่งเน้นการกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ ด้านร่างกาย เช่น อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย ช่วยแต่งตัว ทำความสะอาดแผล ให้อาหาร เตรียมยา และรวมทั้งการตอบสนองด้านจิตใจ เช่น การเผชิญ กับความเศร้า ความรู้สึกเสียใจ โกรธ หดหู่พลังใจ และ การได้อยู่เป็นเพื่อนพูดคุยกับผู้ป่วยเพื่อให้เผชิญกับ สิ่งต่างๆดังกล่าวได้ (Horowitz, 1985; National Cancer Institute, 2014)

2. **ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver)** หรืออาจเรียกว่าผู้ดูแลเสริมหรือผู้ช่วยดูแล เป็นผู้ที่มีความรู้ที่เกี่ยวข้องในบางส่วนของดูแล ให้การดูแล ในลักษณะผู้ช่วยของผู้ดูแลหลัก ส่วนใหญ่มักทำหน้าที่ ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลอื่นที่ไม่ได้กระทำโดยตรงต่อ ผู้ป่วย เช่น เป็นธุระแทนในการติดต่อกับชุมชน จัดการ เกี่ยวกับการเดินทางไปรับการรักษาอาจปฏิบัติกิจกรรม บางส่วนเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ (Horowitz, 1985; โรซินี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์, 2557) ผู้ดูแลหลักจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อปัญหา สุขภาพและความต้องการทางสุขภาพที่เกิดจากความเจ็บ ป่วยของผู้ที่ต้องการการพึ่งพา เช่น ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วย โรคเรื้อรังต่างๆ ผู้ดูแลหลักจึงมีคุณลักษณะดังนี้

1. มีความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้ที่ต้อง พึ่งพา รวมทั้งภาวะของโรคที่ผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่และ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินของโรค เพื่อสามารถเตรียม พร้อมให้การดูแลและเผชิญกับภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยได้
2. มีความเข้าใจแผนการดูแลรักษาผู้ป่วย
3. มีความไวต่อการรับรู้การเปลี่ยนแปลงจาก การเจ็บป่วยที่ผิดไปจากภาวะปกติและสามารถให้การ ช่วยเหลือที่ถูกต้องเหมาะสมได้ทันทั่วทั้งที่

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

4. รู้ข้อจำกัดของตัวเองและรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิประโยชน์ที่พึงมีและสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ที่เหมาะสม

5. มีความเข้าใจและอดทนต่อพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่ต้องพึ่งพาหรือผู้ป่วยขณะเจ็บป่วยและพร้อมรับฟังสิ่งที่ผู้ป่วยพูดหรือแสดงออก

6. มีความสามารถบริหารจัดการดูแลตนเองและครอบครัว โดยแบ่งเวลา ที่เป็นส่วนตัวของตนเองและครอบครัว (Vacation time) หากมีปัญหาสุขภาพต้องดูแลตนเองได้และถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์

ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดูแลโดยญาติผู้ดูแล

จากการทบทวนงานวิจัยและแหล่งข้อมูลต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล พบประเด็นสำคัญที่เกี่ยวกับการดูแลโดยญาติผู้ดูแล เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการช่วยเหลือทั้งผู้ที่ต้องพึ่งพา ผู้ป่วยและตัวญาติผู้ดูแลเองดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง โดยมีความสัมพันธ์เป็นคู่สมรสหรือบุตรของผู้ป่วย (Gorji, Bouzar, Haghshenas, Kasaeeyan, Sadeghi, & Ardebil, 2012; Wong, Lam, Chan & Chan, 2012; Meecharoen, Northouse, Sirapo-ngam & Monkong, 2013) หรือเป็นบุตรและพี่น้องของ ผู้ป่วย (ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม, 2546) ดังนั้นบุคลากรสุขภาพควรมีการส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโดยผู้หญิง ซึ่งมีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการดำรงบทบาทญาติผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิง หรือประเด็นความแตกต่างระหว่างการเป็นผู้ดูแลเพศหญิงกับเพศชายเช่น

1.1 การทำหน้าที่ผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยในขณะที่ยังทำงานประจำของตนเองจึงมีเวลาพักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายได้

1.2 การลดงานประจำของตนเองหรือลาออกจากงานเพื่อมารับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลัก จึงอาจทำให้เกิดปัญหาด้านการเงินในระยะยาว

1.3 ความสนใจและห่วงใยตนเองมีน้อยกว่าความรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่พึ่งพาเนื่องจากคิดว่สมาชิกในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบหลักของตน

1.4 การยอมรับให้เพศชายทำบทบาทของผู้ดูแลได้ ซึ่งการศึกษาในระยะต่อมาพบจำนวนผู้ดูแลที่เป็นเพศชายมากขึ้น (รสศุคนธ์ เจืออุบลัมภ์, 2553; อรอนงค์ ภูณรงศ์, เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์, และลัทธนา กิจรุ่งโรจน์, 2555; โรชนี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี และเอกชัย กันธะวงศ์, 2554)

2. ส่วนใหญ่ของญาติผู้ดูแลอยู่ในวัยกลางคนและกำลังเข้าสู่วัยสูงอายุ (ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม พรณวดี พุทธิวัฒนะ และสมฤดี ลิทธิมงคล, 2542; ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม, 2546) เมื่อพิจารณาประเด็นนี้ร่วมกับประเด็นที่ 1 จึงพบได้ว่าการเป็นผู้ดูแลเพศหญิงที่อยู่ในวัยกลางคนหรือวัยสูงอายุ เป็นวัยเปราะบางที่เผชิญกับภาวะหมดประจำเดือน (Menopause) เป็นวัยทองที่มีความผิดปกติของสุขภาพตนเองอยู่แล้ว จึงเท่ากับว่าประเด็นสุขภาพก็เป็นประเด็นที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ดูแลกลุ่มนี้

3. ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพา ประเด็นนี้หมายถึงความเครียด ของผู้ดูแลส่วนใหญ่ล้วนเกี่ยวข้องหรือเป็นผลจากการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ที่ต้องพึ่งพาทั้งสิ้น จากการศึกษาของยุพาพิน คีรโพธิ์งาม พรณวดี พุทธิวัฒนะ และสมฤดี ลิทธิมงคล (2542) ที่ศึกษา ความเครียด การเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ และกิจกรรมการดูแลกับเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากิจกรรมเด่นๆที่ผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการดูแลมากและทำให้เกิดความเครียดมากได้แก่

3.1 การจัดการเรื่องการเดินทางหรือร่วมเดินทางไปกับผู้สูงอายุ

3.2 การจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุ

3.3 การให้กำลังใจ ปลอดภัยและอยู่เป็นเพื่อนผู้สูงอายุ และ

3.4การเฝ้าดูอาการและเฝ้าระวังอุบัติเหตุต่างๆ

ส่วนการเผชิญความเครียดนั้นส่วนใหญ่ญาติผู้ดูแลใช้ทั้งวิธีการเผชิญหน้ากับปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด ความสำคัญของประเด็นนี้จึงอยู่ที่ว่าควรมีรูปแบบการเผชิญความเครียดแบบใดที่จะช่วยลดหรือผ่อนเบาความเครียดของญาติผู้ดูแล เพราะจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ดูแลที่เป็นเพศหญิงที่ต้องดูแลสามีที่เจ็บป่วยมีการมีอาการของภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้ามากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ต้องทำบทบาทของผู้ดูแล (Cannuscio, Jones, Kawachi, Colditz, Berkman, & Rimm, 2002) ดังนั้น การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีทั้งผู้ดูแลหลักและผู้ดูแลเสริมหรือผู้ช่วยดูแล ร่วมกับการผ่อนคลายความเครียดที่เหมาะสม อาจเป็นทางออกหนึ่งที่จะช่วยลดปัญหานี้ได้

4. ภาระการดูแลผู้ป่วยหรือความอ่อนล้าในการดูแลผู้ป่วย (Burden) และคุณภาพชีวิต (Quality of life) ของญาติผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ที่แปรผกผันกัน จากงานของมอนต์โกเมอรี และคณะ (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985) ได้แบ่งความเป็นภาระของผู้ดูแล ออกเป็น 2 มิติ คือ 1) ความเป็นภาระเชิงปรนัย (Objective burden) เป็นลักษณะของความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ความเป็นอิสระลดลง การมีกิจกรรมในสังคมลดลง มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพ 2) ความเป็นภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึก ทศนคติ ปฏิกริยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเดือดร้อน ความอับอาย ความโกรธ ความขมขื่น ความกังวล ความรู้สึกเกินกำลัง

นอกจากนี้ยังมีรายงานการพัฒนาแบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในประเทศไทย โดย ทัศนิตาตุษฎี ทูลศิริ, ธีรณี สรรเสริญ และวรรณรัตน์ ลาวัณ (2554) ซึ่งคณะผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดภาระการดูแล (Burden) ของซาริท ทอดด์และซาริท (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) และทำการแปลโดยผู้วิจัย

นำมาจากแบบวัดภาระการดูแล (Burden) ของซาริท ทอดด์และซาริท (Zarit, Todd, & Zarit, 1986) และทำการแปลโดยผู้วิจัย จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิทำการแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ (Back translation) ได้แบบวัดภาระการดูแลที่แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ จำนวน 22 ข้อ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 ความตึงเครียดส่วนบุคคล (Personal strain) จำนวน 9 ข้อ องค์ประกอบที่ 2 ความขัดแย้งในตนเอง (Privacy conflict) จำนวน 4 ข้อ องค์ประกอบที่ 3 ความรู้สึกผิด (Guilt) จำนวน 5 ข้อ และ องค์ประกอบที่ 4 เจตคติที่ไม่แน่นอน (Uncertain attitude) จำนวน 4 ข้อ การศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (กุลประภัสสร คังคะประดิษฐ์ ศากุล ช่างไม้ และ สมพันธ์ วิทยุธีระนันท์, 2557) พบว่าภาระการดูแลด้านความตึงเครียดส่วนบุคคล ด้านความขัดแย้งในตนเอง ด้านความรู้สึกผิด และด้านเจตคติที่ไม่แน่นอนล้วนมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลทั้งสิ้น ($r = 0.45, 0.43, 0.34,$ และ 0.28 ตามลำดับ $p < 0.01$) และภาระการดูแลทั้งสี่ด้านสามารถร่วมกันทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้ถึงร้อยละ 23.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ในประเด็นความรู้เกี่ยวกับภาระการดูแลกับคุณภาพชีวิตนี้ พยาบาลจึงควรมีการประเมินภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลต่อการดูแลสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพาหรือเจ็บป่วยอย่างสม่ำเสมอและลงบันทึกไว้เพื่อการช่วยเหลือ พร้อมกับการประเมินคุณภาพชีวิตด้วย ทั้งนี้การออกแบบระบบการพยาบาลร่วมกับการส่งเสริมแหล่งสนับสนุนที่สำคัญเพื่อช่วยจัดการกับภาระการดูแล นับเป็นบทบาทหนึ่งที่พยาบาลสามารถดำเนินการได้โดยอิสระ

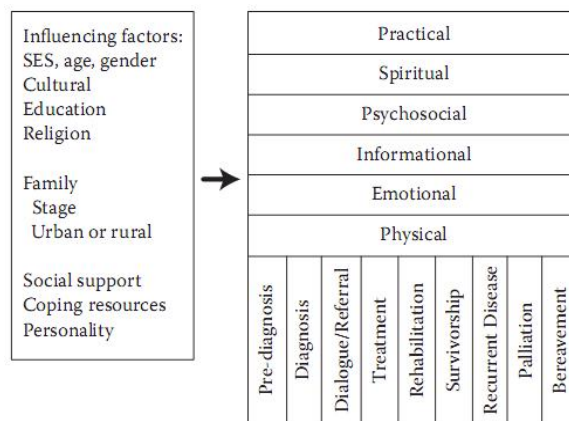
5. ความต้องการของผู้ดูแลเป็นสิ่งสำคัญที่ไม่อาจมองข้าม จากการรวบรวมข้อมูลการวิจัยต่างๆ ของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2547) พบว่าผู้ดูแลมีความต้องการโดยทั่วไปหลากหลายได้แก่ 1) ความต้องการด้านข้อมูลข่าวสารเพื่อการดูแลผู้ป่วย 2) ความต้องการด้านเวลา

3) ความต้องการการช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วย
4) ความต้องการรายได้เพื่อเป็นหลักในการยังชีพ
5) การสนับสนุนด้านจิตใจเพื่อช่วยเหลือและบรรเทาความกลัว และ 6) สุขภาพที่ดี ความต้องการของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยและผู้ที่ต้องพึ่งพานั้น ผู้เขียนได้นำเสนอในลักษณะของการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลในลำดับต่อไป

การสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง

จากการศึกษาของแม็กไอแซค, แฮริสัน และ ก๊อดฟรีย์ (Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010) เกี่ยวกับการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแล (Supportive Care Needs) ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองซึ่งจัดเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่ง พบว่ามีการประยุกต์รูปแบบของการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งของ Margaret Fitch, 1994 (อ้างใน Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010; Fitch, 2008) ในแต่ละด้านมาเป็นกรอบในการสรุปข้อค้นพบจากการวิจัย ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูล ด้านจิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้าน

การปฏิบัติการดูแล ให้ครบในช่วงของการเจ็บป่วย ทั้งระยะก่อนการวินิจฉัยโรค (Pre-diagnosis) เมื่อวินิจฉัยโรคแล้ว (Diagnosis) การส่งต่อเพื่อรักษา (Referral) การรักษา (Treatment) การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) การรอดชีวิต (Survivorship) ภาวะกลับเป็นซ้ำ (Recurrent disease) การประคับประคองในระยะท้าย (Palliation) และการดูแลเมื่อผู้ป่วยจากไป (Bereavement) (ดังแผนภาพที่ 1) ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์เพื่อการดูแลญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังได้ ทั้งนี้รูปแบบดังกล่าวอธิบายได้ว่าการที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถดูแลผู้ป่วยในแต่ละระยะของการเจ็บป่วยตามความต้องการในแต่ละด้านได้นั้นมีทุนสังคมพื้นฐานที่เกี่ยวข้องมาก่อน (Antecedence) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพล คือ 1) ปัจจัยด้านสังคมและฐานะอายุ วัฒนธรรม การศึกษาและศาสนา 2) ครอบครัว ระยะการเป็นโรค และถิ่นที่อาศัย 3) การสนับสนุนทางสังคม แหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ซึ่งเมื่อพิจารณารายละเอียดในแต่ละประเด็นร่วมกับความต้องการแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้ (Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010)



แผนภาพที่ 1 รูปแบบของการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
ประยุกต์จาก Supportive care needs framework (Fitch, 1994 อ้างใน Macisaac, Harrison, & Godfrey, 2010); Fitch, 2008)

1. ด้านร่างกาย (Physical needs) พบว่าญาติผู้ดูแลที่เริ่มทำบทบาทการดูแล ผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนล้าและหมดแรง และหากญาติผู้ดูแลไม่ได้รับการพักผ่อนเพื่อฟื้นฟูพลังในการดูแลที่เพียงพอ จะทำให้อาการของโรคประจำตัวที่เป็นอยู่มีการกำเริบได้ (Fatigue & Exhaustion) (Coombs, 2007; Mak, Mackenzie, & Lui 2007; Chow, Wong, & Poon, 2007; Mackenzie, Perry, Lockhart, Cottee, Cloud, & Mann, 2007) ดังนั้นพยาบาลต้องทำการประเมินความต้องการของญาติผู้ดูแลในระยะที่เพิ่งเริ่มทำบทบาทการดูแลผู้ป่วย ในปัญหาเหล่านี้ด้วย เพื่อให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น การผ่อนคลายและหาผู้ดูแลหรือผู้ช่วยผู้ดูแล เพื่อผ่อนเบาภาระในช่วงเริ่มต้น ให้สามารถปรับตัวและผ่านพ้นปัญหาไปได้

2. ด้านอารมณ์ (Emotional needs) เป็นความต้องการที่มักพบเป็นลำดับที่สองรองจากร่างกายโดยเฉพาะในช่วงของการฟื้นหายของผู้ป่วย (Recovery) ที่ยังไม่รู้ (Unknown) ว่าจะดีขึ้นหรือไม่ อย่างไรซึ่งมักพบว่าญาติผู้ดูแลเกิดความวิตกกังวลและมีความเครียดได้ (Chow, Wong, & Poon, 2007; Smith, Forster, & Young, 2004; O'Connell, Baker, & Prosser, 2003; Kerr & Smith, 2001) และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมา (Grant, Weaver, Elliott, Bartolucci, & Giger, 2004) ดังนั้นการช่วยเหลือที่พยาบาลสามารถทำได้ในด้านนี้ คือ การสนับสนุนให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลให้ได้ ทั้งการเผชิญปัญหา การจัดการกับอารมณ์และการบรรเทาความเครียด และคอยประเมินความเครียดเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้ ทั้งนี้ การให้ข้อมูลกับญาติผู้ดูแลก็มีความสำคัญเพราะหากมีภาวะโกรธ เครียดและเศร้าเกินสองสัปดาห์จะเป็นสัญญาณเริ่มต้นของภาวะซึมเศร้าได้ (National Cancer Institute, 2014) บางครั้งการได้พูดคุยกับผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยที่คล้ายคลึงกันก็สามารถช่วยบรรเทาความเครียดและความรู้สึกด้านลบต่างๆได้ด้วย

3. ด้านข้อมูลข่าวสาร (Informational needs) การได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย ระบบการดูแล รวมทั้งวิธีการดูแลที่เหมาะสม จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลสามารถทำบทบาทของผู้ดูแลได้โดยมีความเครียดน้อยลง รายงานการวิจัยหลายเรื่องสนับสนุนให้เห็นว่าผู้ดูแลในระยะเริ่มต้นการดูแลมีความต้องการข้อมูลมากและมีความไม่พึงพอใจหากข้อมูลที่ได้รับไม่เพียงพอ ไม่มีคุณภาพ หรือช่องทางการสื่อสารข้อมูลไม่มีประสิทธิภาพ (Garrett & Cowdell, 2005; White, Korner-Bitensky, Rodrigue, Rosmus, Sourial, Lambert, & Wood-Dauphinee 2007; Changmai, Hinjiranan, Pengkaew, Thanakumma, Weerasathian, 2013) ข้อมูลที่ช่วยสนับสนุนการดูแลที่ดีคือข้อมูลที่เขียนไว้อย่างชัดเจนและบุคลากรในทีมสุขภาพได้มาชี้แจงด้วยการพูดคุยและอธิบาย (Garrett & Cowdell, 2005) ดังนั้นการช่วยเหลือและดูแลให้ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่มีคุณภาพเพียงพออย่างเหมาะสมกับช่วงเวลาของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจึงเป็นเรื่องสำคัญจากรายงานวิจัยของ ศากุล ช่างไม้และคณะ (Changmai, Hinjiranan, Pengkaew, Thanakumma, & Weerasathian, 2013) แสดงให้เห็นว่าญาติผู้ดูแลต้องการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพื่อสามารถให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยได้ ซึ่งการได้รับข้อมูลต้องมีการบอกเล่า อธิบายและมีเอกสารที่สามารถเก็บไว้เรียนรู้ได้ตลอด

4. ด้านจิตสังคม (Psychosocial needs) จากการที่ญาติผู้ดูแลยอมรับว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดความกังวลและความกลัว โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นความท้าทายต่อความรู้สึกไม่แน่นอนในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (Grant, Elliot, Giger & Bartolucci, 2001; Ski & O'Connell, 2007; Changmai, Hinjiranan, Pengkaew,

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

Thanakumma, & Weerasathian, 2013) รวมทั้งสภาพสังคมที่กำลังเผชิญกับการเจ็บป่วยที่มีผลต่อสภาพจิตใจของญาติผู้ดูแล ความรู้สึกไม่แน่นอนจะยังคงอยู่หากได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอในการจัดการดูแลผู้ป่วย (O'Connell, Baker, & Prosser, 2003) ดังนั้นการให้ข้อมูลที่เป็นการสื่อสารสองทางมีการให้ข้อมูลย้อนกลับระหว่างญาติผู้ดูแลและพยาบาลจึงมีความสำคัญมาก

5. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual needs)

ความต้องการด้านจิตวิญญาณเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยพยาบาลที่มีความเข้าใจภูมิหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแล มีรายงานวิจัยเกี่ยวกับความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยจิราพร เพิ่มเยาว์ (2547) พบว่าญาติผู้ดูแลมีความต้องการสมดุลในการดำเนินชีวิตประจำวัน พลังในการประคับประคองชีวิต แสวงหาลี้ภัยเหนี่ยวในชีวิต ปฏิบัติตามบรรทัดฐานของสังคมและความผาสุกในชีวิต ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำความเข้าใจภูมิหลังเกี่ยวกับประสบการณ์ทางจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลเข้าใจในความเชื่อเกี่ยวกับแหล่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจของญาติผู้ดูแล อาจเป็นพิธีกรรมทางศาสนาหรือสิ่งที่เกี่ยวข้องกับชีวิต การส่งเสริมให้ญาติ ผู้ดูแลได้ดำเนินชีวิตตามเป้าหมายหรือความหมายในชีวิตตามที่ต้องการ รวมทั้งการส่งเสริมให้เกิดความผาสุกในครอบครัวจะช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของญาติผู้ดูแลได้

6. ด้านการปฏิบัติ (Practical needs)

ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติดูแลที่มีการรายงานไว้คือ เรื่องการจัดการด้านการเงินเพื่อการดูแลผู้ป่วยและการจัดการเรื่องการเดินทางเพื่อพาผู้ป่วยไปโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพต่างๆ (Chow, Wong, & Poon, 2007; Coombs, 2007; Mak, Mackenzie, & Lui 2007; Mackenzie, Perry, Lockhart, Cottey, Cloud, & Mann, 2007)

นอกจากนั้นการศึกษาของ ศากุล ช่างไม้ และคณะ (Changmai, Hinjiran, Pengkaew, Thanakumma, & Weerasathian, 2013) ยังพบว่าในช่วงของการฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการเตรียมหรือปรับสิ่งแวดล้อมและเตรียมอุปกรณ์ต่างๆเพื่อช่วยให้กระบวนการฟื้นฟูสุขภาพดำเนินไปได้ผลดีด้วย และจากการวิจัยของคัมบี้ (Coombs, 2007) ยังพบด้วยว่าความต้องการด้านนี้ขึ้นอยู่กับบทบาทและความรับผิดชอบเดิมของผู้ดูแลในครอบครัวที่ยังต้องกระทำอยู่ แม้จะต้องดูแลผู้ป่วยในขณะนี้ก็ตาม เช่น ยังต้องดูแลความสะอาดในบ้าน หรือจัดการเรื่องการเงินด้วย ดังนั้นการดูแลความต้องการด้านนี้ของผู้ดูแลพยาบาลจำเป็นต้องประเมินให้ได้ว่าญาติผู้ดูแลเกิดความยากลำบากในเรื่องใดบ้าง ในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่นอกเหนือจากการดูแลเกี่ยวกับโรคหรือการเจ็บป่วยโดยตรง และส่งเสริมแหล่งทรัพยากรหรือแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถใช้ประโยชน์ร่วมกับผู้อื่นได้ เช่น การที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดสรรหรือเตรียมพาหนะสำหรับพาผู้ป่วยและญาติจำนวนหนึ่งมาพบแพทย์พร้อมกัน และเก็บเงินค่าใช้จ่ายกึ่งหนึ่งโดยให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการแก่ประชาชนในเรื่องนี้ด้วย

อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาในประเทศไทย โดย พรชัย จุลเมตต์ และคณะ (Jullamate, Azeredo, Paul, & Subgranon, 2006) พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดชลบุรีส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ซึ่งเป็นบุตรสาวของผู้ป่วย และต้องให้การดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยจากผลการวิจัยพบว่าความต้องการหลักของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มนี้ประกอบด้วย 1) การช่วยเหลือ (Assistance) เพื่อจัดการความยุ่งยากในการดูแลผู้ป่วย เช่น การยกและเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การสื่อสารกับผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านความคิด ความจำและภาวะซึมเศร้า รวมทั้งผู้ป่วยที่มีบุคลิกภาพเปลี่ยนไป 2) ข้อมูล (Information) ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการดูแลที่เหมาะสม

เหมาะสม เพราะผู้ดูแลรับรู้ว่าตนเองยังได้รับข้อมูลที่ไม่เพียงพอหรือเป็นข้อมูลที่ยังไม่ถูกต้อง ข้อมูลที่ต้องการได้แก่ การป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำอีก ผลที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย ปัญหาการดูแล กลวิธีที่ช่วยในการมีกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ และการบริการที่สามารถเข้าถึงได้จากชุมชน และ 3) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการช่วยเหลือด้านการเงิน ทั้งนี้การสนับสนุน ด้านจิตใจ เป็นสิ่งที่ผู้ดูแลได้รับจากคนในครอบครัวและชุมชน

อยู่แล้วจากข้อมูลดังกล่าวทั้งหมด พยาบาลจึงควรให้ความสำคัญกับการสนับสนุนความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือสมาชิกในครอบครัวที่ต้องพึ่งพา เพื่อให้ญาติผู้ดูแลเหล่านั้นมีการดำเนินชีวิตของตนเองไปพร้อมกับการดูแลผู้ป่วย ที่เรียกว่าเป็นการ **"ใช้ชีวิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในครอบครัว"** (Living Care) โดยได้ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในครอบครัว แทนที่ต้องเป็น **"ผู้ให้การดูแล"** (Giving Care) เพียงอย่างเดียวเท่านั้น

บรรณานุกรม

- กุลประภัสส์ คังคะประดิษฐ์ ศากุล ช่างไม้ และสมพันธ์ ธิญะระนันท์. (2557). อิทธิพลของภาระหนักในการดูแลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. รายงานวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการระดับชาติและนำเสนอผลงานวิจัย "วิทยาศาสตร์ เทคโนโลยีและนวัตกรรม เพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน" จัดโดยศูนย์วิจัย ร่วมกับบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน. เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2557.
- จิราพร เพิ่มเยาว์. (2547). ความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนัญชิตาทุษฎี พูลศิริ, รัชนี สรรเสริญ, และ วรณรัตน์ ลาวัณ. (2554). "การพัฒนาแบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง". *การพยาบาลและการศึกษา*. 4(1) : 62-75.
- ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม. (2546). "การสำรวจงานวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย". *รวมาริบดีพยาบาลสาร*. 9(2) : 156-165.
- ยุพาพิน คีรโพธิ์งาม พรธณวดี พุทธิวัฒนะ และสมฤดี ลิทธิมงคล. (2542). "ความต้องการในการดูแลของผู้สูงอายุ ความเครียด และการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุ". *วารสารวิจัยทางการพยาบาล*, 3(3): 251-268.
- รสสุคนธ์ เจืออุบลัมภ์. (2553). ความต้องการของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน

ปีที่ ๒๒ ฉบับที่ ๓ (กรกฎาคม - กันยายน) ๒๕๕๙

- โรชินี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, และเอกชัย กันธะวงศ์. (2554). "ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน". *Rajabhat Journal of Sciences, Humanities & Social Sciences*. 12(2): 50-59. สืบค้นจาก http://journal.psu.ac.th/ebook/v12n02_4.pdf เมื่อ 12 มกราคม 2559.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2545). ในสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล นภาพร ชโยวรรณ และศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ) *ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2547). *ผู้ดูแลผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์องค์ความรู้*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อรอนงค์ ภูณรงศ์, เฟลินพิศ ฐานิพัฒนานนท์, และ ลัทธนา กิจรุ่งโรจน์. (2555). "ความพร้อมในการดูแลสัมพันธภาพในครอบครัว และความเครียดในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยมุสลิมโรคหลอดเลือดสมอง". *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*. 4(1) : 14-27.
- Cannuscio, C.C., Jones, C., Kawachi, I., Colditz, G.A., Berkman, L. & Rimm, E. (2002). "Reverberations of family illness: A longitudinal assessment of informal caregiving and mental health status in the nurses' health study". *American Journal of Public Health*. 92(8): 1311. [online]. Retrieved January 23 , 2016, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1447235/pdf/0921305.pdf> .
- Changmai, S., Hinjiran, S., Pengkaew, R., Thanakumma, O., & Weerasathian, I. (2013). "Caring Phase for Stroke Patients Provided by Family Caregivers". *International journal of nursing and health science*. 1(1): 29-43.
- Chow, S.K.Y., Wong, F.K.Y., & Poon, C.Y.F. (2007). "Coping and caring: Support for family caregivers of stroke survivors". *Journal of Nursing and Health Care and Chronic Illness in association with Journal of Clinical Nursing*, 16(7b): 133-143, doi: 10.1111/j .1365-2702.2006.01711.X.
- Coombs, U.E. (2007). "Spousal caregiving for stroke survivors". *Journal of Neuroscience Nursing*. 39(2): 112-119.
- Fitch, M.I. (2008). "Supportive care framework". [online]. Retrieved January 12, 2013, from *Canadian Oncology Nursing Journal*. doi:10.5737/1181912X181614.
- Garrett, D., & Cowdell, F. (2005). "Information needs of patients and carers following stroke". *Nursing Older People*. 17(6) : 14-16.

- Gorji, M.A.H., Bouzar, Z., Haghshenas, M., Kasaeeyan, A.A., Sadeghi, M.R., & Ardebil, M.D. (2012). "Quality of life and depression in caregivers of patients with breast cancer". *BMC Research Notes*, 5:310. [online]. Retrieved January 12, 2016, from www.biomedicentrl.com/1756-0500/5/310.
- Grant, J.S., Elliot, T.R., Giger, J.N. & Bartolucci, A.A. (2001). "Social problem solving telephone partnerships with family caregivers of persons with stroke". *International Journal of Rehabilitation Research*. 24(3): 181-189. .
- Grant, J.S., Weaver, M., Elliott, T.R., Bartolucci, A.R., & Giger, J.N. (2004). " Sociodemographic, physical and psychosocial factors associated with depressive behaviour in family caregivers of stroke survivors in the acute care phase". *Brain Injury*.18(8) : 797-809. .
- Horowitz, A. (1985). Family caregiving to the frail elderly. In Lawton, M.P. & Maddox, G. L. (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 5: 194-246. New York: Springer.29(2) : 111-121.
- Jullamate, P., Azeredo, Z., Paul, C. & Subgranon, R. (2006). "Thai stroke patient caregivers: who they are and what they need". [online]. Retrieved March 28, 2012, from *Cerebrovascular Diseases*, 21: 128-133. doi: 10.1159/000090211.
- Kerr, S.M., & Smith, L.N. (2001). "Stroke: an exploration of the experience of informal caregiving". *Clinical Rehabilitation*. 15(4): 428-436.
- Macisaac, L., Harrison, M.B., & Godfrey, C. (2010). "Supportive care needs of caregivers of individuals following stroke: A synopsis of research". *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 32(1): 39-46.
- Mackenzie, A., Perry, L., Lockhart, E., Cottee, M., Cloud, G. & Mann, H. (2007). "Family carers of stroke survivors: needs, knowledge, satisfaction and competence in caring". *Disability & Rehabilitation*. 29(2) : 111-121.
- Mak, A.K.M., Mackenzie, A., & Lui, M.H.L. (2007). "Changing needs of Chinese family caregivers of stroke Survivors". *Journal of Clinical Nursing*. 16(5): 971-979.
- Meecharoen, W., Northhouse, L., Sirapo-ngam, Y., & Monkong, S. (2013) "Family caregivers for cancer patients in Thailand: An integrative review". *SAGE Open*, 3,1-10. Retrieved January 12, 2016 , from <http://sgo.sagepub.com/content/3/3/2158244013500280.full.pdf+html>.

- Montgomery, R., Gonyea, J., & Hooyman, N. (1985). "Caregiving and the Experience of Subjective and Objective Burden". *Family Relations*, 34(1), 19-26. doi:1. Retrieved January 12, 2016, from <http://www.jstor.org/stable/583753> doi:1
- National Cancer Institute. (2014). *Caring for the caregiver*. NIH Publication No. 14-6219, September 2014.
- O'Connell, B., Baker, L., & Prosser, A. (2003). "The educational needs of caregivers of stroke survivors in acute and community settings". *Journal of Neuroscience Nursing*. 35(1): 21-28.
- Orem, D.E., Taylor, S.G. & Renpenning, K.M. (2001). *Nursing concepts of practice*. 6th edition, St. Louis: Mosby, Inc.
- Ski, C., & O'Connell, B. (2007). "Stroke: The increasing complexity of carer needs". *Journal of Neuroscience Nursing*. 39(3) : 172-179.
- Smith, J., Forster, A., & Young, J. (2004). "A randomized trial to evaluate an education programme for patients and carers after stroke". *Clinical Rehabilitation*. 18(7) : 726-736.
- White, C. L., Korner-Bitensky, N., Rodrigue, N., Rosmus, C., Sourial, R., Lambert, S., & Wood-Dauphinee, S. (2007). "Barriers and facilitators to caring for individuals with stroke in the community: the family Experience". *Canadian Journal of Neuroscience Nursing*. 29(2): 5-12.
- Wong, D.F.K., Lam, A.Y.K., Chan, S.K. & Chan, S.F. (2012). "Quality of life of caregivers with relatives suffering from mental illness in Hong Kong: roles of caregiver characteristics, caregiving burdens, and satisfaction with psychiatric services". *Health and Quality of Life Outcomes*. 10(15): 1-9. [online]. Retrieved January 10, 2016 from www.hqlo.com/content/10/1/15.
- Zarit, S.H., Todd, P.A. & Zarit, J.H. (1986). "Subjective burden of husbands and wives as caregivers: A longitudinal study". *Gerontologist*. (26) : 260-266.

