

บทความวิชาการ

ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะ ประคับประคองที่บ้าน

Caregiver Burden and Mental Health Problems among the Caregivers of the Elderly at Home-based Palliative Stage

กัญญาณัฐ สุภาพร*

Kanyanat Supaporn

*สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
นครนายก 26120

*Department of Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Srinakharinwirot
University, Nakhonnayok 26120 Thailand

Corresponding author, E-mail: yui002ns@gmail.com

Received: July 12, 2019; Revised: October 20, 2019; Accepted: June 11, 2020

บทคัดย่อ

ผู้สูงอายุไทยที่อยู่ในระยะประคับประคองที่บ้านส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเตียง ผู้ดูแลหลักจึงมักเน้นการดูแลแค่ด้านร่างกายแต่มองข้ามการดูแลด้านจิตใจทั้งของผู้ป่วยและผู้ดูแลตัวเอง อาจเนื่องด้วยระบบการติดตามเยี่ยมบ้านก็เน้นไปด้านร่างกาย รวมทั้งขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ไปร่วมในการดูแล การรับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองนั้นเป็นการดูแลที่ต้องทุ่มเท เสียสละอย่างหนักด้วยการดูแลตลอด 24 ชั่วโมง และมีความซับซ้อนในหลายด้าน ดังนั้น เมื่อผู้ดูแลเผชิญกับหน้าที่การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่หนักหน่วง ความทุกข์ทรมานทางด้านจิตใจจึงเกิดขึ้นโดยไม่รู้ตัวเอง ผู้ดูแลหลักจึงขาดการดูแลทางสุขภาพจิตของตนเองอย่างเหมาะสม หน้าที่ของผู้ดูแลดังกล่าวส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา การให้การพยาบาลผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกละเลยในการดูแลจึงควรดูแลโดย (1) การประเมินความเครียดของผู้ดูแล คือ 1) ประเมินโดยแบบวัด และ 2) การสัมภาษณ์และการสังเกต (2) การจัดการความเครียดของผู้ดูแลหลักคือ 1) การตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย 2) การจัดการความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ในผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและความเครียดโดยส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแลหลัก และสนับสนุนให้ระบายความรู้สึก ได้แก่ อารมณ์

โกรธ รู้สึกผิด คับข้องใจและอารมณ์อื่น ๆ รวมทั้งการให้กำลังใจเพื่อลดความรู้สึกที่ไม่ดี ภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักย่อมส่งผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่บ้านในทุก ๆ ด้าน ดังนั้น พยาบาลมีหน้าที่เชิงรุกที่ต้องใส่ใจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคองที่บ้าน เพื่อลดภาระในการดูแลและปัญหาสุขภาพจิตเป็นการส่งเสริมและเพิ่มให้เกิดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตายดีและการตายอย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

คำสำคัญ: ภาระในการดูแล ปัญหาสุขภาพจิต ผู้ดูแลหลัก ผู้สูงอายุ การดูแลแบบประคับประคองที่บ้าน

Abstract

Most Thai elderly depend on family caregivers to help them with their daily living activities, therefore, family caregivers are concerned with providing physical care rather than psychological care. Nowadays, there are home care services providing care for the Thai elderly with a terminal illness who need palliative care. However, there are not many professionals working for home care services who provide palliative care based on a psychosocial approach. The palliative caregiving role is hard work, and involves prolonged, and complicated care often over 24 hours. Hence, the family caregivers who provide palliative care for an elderly family member face overwhelming issues associated with caring and death. Family caregivers often neglect their own needs, experience stress, suffering and psychological distress. In addition, there is a lack appropriate psychiatric care for them. Therefore, the efforts in caring for the elderly induce mental health and psychiatric symptoms as well as care burden on family caregivers. Nursing care for the family caregiver who has mental health problems and care burden consists of (1) assessing caregiver stress by: 1) the use of tools to assess a caregiver's stress levels; 2) interviewing and observing, and (2) managing caregiver stress includes: 1) the physical needs of the caregiver; 2) managing the emotional distress of care giving on caregivers such as depression and stress e.g. helping to develop positive self-esteem and encouraging the expression of feelings (anger, guilt, frustration and other feelings) including supporting emotions to minimize negative feelings. The consequences of the care burden and mental health problems on the family caregiver impacts on home-based palliative care in all dimensions. Hence, nurses have to be proactive in the palliative stage of the elderly to reduce care burden and mental health problems and to promote quality of life in the elderly and their family caregivers resulting in a good death as well as promoting dignity in dying.

Keywords: Caregiver burden, Mental health problems, Primary caregiver, Elderly persons, Home-based palliative care

บทนำ

ความเจริญทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีส่งผลให้เกิดการพัฒนาความเจริญทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุข มีผลให้จำนวนผู้สูงอายุทั่วโลกเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว องค์การอนามัยโลก¹ คาดการณ์สัดส่วนประชากรโลกที่มีอายุมากกว่า 60 ปี เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 11 ในปี พ.ศ. 2543 เป็นร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2593 สำหรับประเทศไทย ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 13 ในปี 2563 และเพิ่มขึ้นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2603² ปัจจุบัน ผู้สูงอายุมีอายุขัยเฉลี่ยอยู่ที่ 74 ปี และคาดการณ์ในอนาคตผู้สูงอายุไทยจะมีอายุขัยเฉลี่ยที่อายุ 80 ปี ในปี พ.ศ. 2573² จากการที่อายุขัยเฉลี่ยที่ยืนยาวขึ้นส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเป็นกลุ่มที่ต้องการให้การดูแลแบบประคับประคองมากขึ้น³

ในอดีตการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองจะมุ่งเน้นดูแลผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งเป็นส่วนใหญ่ ปัจจุบันศาสตร์การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจะครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยทั้งผู้ที่เป็นมะเร็งและไม่เป็นมะเร็ง⁴ องค์การอนามัยโลกแบ่งกลุ่มผู้ป่วยการดูแลแบบประคับประคองไว้ 3 กลุ่มคือ 1) กลุ่มช่วงมีชีวิตสั้น (short period of evident decline) ซึ่งเป็นผู้ป่วยในกลุ่มมะเร็ง 2) กลุ่มอวัยวะภายในต่าง ๆ ล้มเหลวระยะสุดท้าย (end-stage organ failure) คือ กลุ่มโรคเรื้อรังที่อยู่ในวาระสุดท้าย ได้แก่ โรคหัวใจล้มเหลว โรคไตวายระยะสุดท้าย และโรคถุงลมโป่งพอง และ 3) กลุ่มต้องพึ่งพิงแต่มีช่วงชีวิตยาว (prolonged dwindling) ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุแก่หง่อม (frail elderly) และผู้สูงอายุสมองเสื่อม (dementia/alzheimer)⁴

จากข้อมูลข้างต้นแสดงว่าความต้องการของผู้ป่วยในระยะประคับประคองมีแนวโน้มมากขึ้น ขณะที่ระบบบริการแบบประคับประคองสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแลที่บ้านยังเข้าถึงได้ไม่ครอบคลุม และยังขาดความต่อเนื่องกับระบบปฏิรูปสุขภาพ⁵ องค์การ

อนามัยโลก⁶ แบ่งระดับขั้นการพัฒนากระบวนการบริการแบบประคับประคองของประเทศไทยให้อยู่ในระดับที่ 3a จาก 7 ระดับขั้น ซึ่งระดับ 3a หมายถึงระบบการดูแลแบบประคับประคองในบางพื้นที่เท่านั้น มีข้อจำกัดด้านการใช้มอร์ฟินเพื่อการบำบัดรักษาหน่วยบริการแบบประคับประคองมีจำนวนน้อย และการดูแลแบบประคับประคองในพื้นที่มีข้อจำกัดทางปฏิบัติการดูแล⁶

ผู้ดูแลหลักเป็นผู้รับหน้าที่หนักในการดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้านเกือบตลอด 24 ชั่วโมง ได้แก่ การเฝ้าติดตามอาการ การจัดการอาการ การดูแลทางด้านร่างกายและดูแลสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนการเตรียมด้านค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับการดูแล⁷ ผู้ดูแลหลักต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ตึงเครียด ขาดรายได้ ความทุกข์ทรมานทางด้านร่างกายต่าง ๆ ที่เป็นผลกระทบจากการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดระยะหวังเวลาที่ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความทุกข์ เหนื่อยล้า ท้อแท้ โดยเฉพาะการดูแลที่เกี่ยวข้องกับความตายหรือการสูญเสียของบุคคลอันเป็นที่รักที่จะเกิดขึ้นซึ่งผลกระทบที่กล่าวมาเป็นสาเหตุหลักที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต (mental health problems) และความรู้สึกละการในการดูแล (care burden) ในผู้สูงอายุได้

ความรู้สึกละการในการดูแล (care burden) เป็นผลกระทบด้านลบที่เกิดจากการดูแลที่มีภาวะเครียดหน้าที่ของผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวนั้นทำให้เกิดสภาวะกดดันและผลกระทบทางลบทางด้านอารมณ์ ร่างกาย สังคมและความต้องการด้านการเงินสำหรับผู้ดูแลหลัก จึงส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต สูญเสียการทำงาน และคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁸

การให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายเป็นช่วงเวลาที่จะต้องเผชิญกับความตึงเครียดและกดดันหลาย ๆ อย่างในชีวิต จนเป็นสาเหตุกระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ จากการรายงานพบว่าผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้าน

อารมณ์ (mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (depression) วิตกกังวล (anxiety) และเหนื่อยล้า (fatigue)⁹ จากการรายงานผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุไทยในระยะประคับประคองพบว่ามีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกภาระในการดูแล ซึ่งในการให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองและสุดท้าย ผู้ดูแลหลักและครอบครัวส่วนใหญ่มักถูกละเลยในการประเมินสภาพจิตใจ เมื่อผู้ดูแลไม่ได้รับการบำบัดรักษาทางจิตใจอย่างถูกต้องย่อมส่งผลให้คุณภาพการดูแลผู้สูงอายุลดลง⁹

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้แก่ 1) ลักษณะของผู้ดูแลหลักในผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน 2) ความรู้สึกภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักในผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน 3) ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน 4) การให้การพยาบาลในผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกภาระในการดูแล

ลักษณะของผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคอง

ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักมักเป็นบุคคลในครอบครัว (primary/informal or family caregiver) ที่ได้รับมอบหมายหรือสมาชิกครอบครัวลงความเห็นว่าเป็นผู้ที่เหมาะสมและมีความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้ สถานภาพระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้สูงอายุ ได้แก่ บุตร สามัญ/ภรรยา พี่ น้อง หลาน หรือญาติคนใดคนหนึ่ง ลักษณะของผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม¹⁰ คือ

1) กลุ่มบุตร หลาน ที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ผู้ดูแลกลุ่มนี้มีความยินดีในการให้การดูแลพ่อแม่ หรือ ปู่ ย่า ตา ยายของตนเอง เนื่องจากสังคมวัฒนธรรมไทยเชื่อเรื่องความกตัญญูแก่เวทที่ต่อบุพการีอย่างไรก็ตาม ผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้ต้องออกจากงานเพื่อมาดูแลบุพการีตนเอง ทำให้ตนเองนั้นขาดรายได้และบทบาททางสังคม

2) กลุ่มสามัญ/ภรรยา หรือ พี่น้องของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้มีความรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุนั้นรู้สึกเป็นภาระ รู้สึกว่าทำไมต้องเป็นหน้าที่ของตนเองในการดูแล ประกอบกับตัวผู้ดูแลเองก็อยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน ร่างกายมีความเสื่อมลง มีโรคประจำตัวรุมเร้า ทำให้ผู้ดูแลหลักกลุ่มนี้เกิดความท้อแท้ เหนื่อยล้า ภาวะโรคประจำตัวที่มีอยู่เกิดแย่งลง ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไชมันโนเส้นเลือดสูง กระดูกพรุน ต้อกระจก เป็นต้น

หน้าที่การดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองเป็นหน้าที่ที่หนักโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักที่รับหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเพียงคนเดียวไม่มีสมาชิกในครอบครัวคนอื่นผลัดเปลี่ยนจึงต้องดูแลผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง¹⁰ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใกล้เสียชีวิต ผู้ดูแลหลักจะพบกับความเหนื่อยล้า ท้อแท้ ต้องดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ดูแลหลักต้องให้การดูแลช่วยเหลือด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุ เนื่องจาก ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เช่น การรับประทานอาหาร การขับถ่าย การเคลื่อนไหว เป็นต้น อีกทั้งต้องดูแลอาการและการจัดการอาการต่าง ๆ เช่น อาการเจ็บปวด หายใจหอบเหนื่อย ผู้ดูแลหลักจึงต้องให้การดูแลเพื่อบรรเทาอาการดังกล่าวให้กับผู้สูงอายุ ได้แก่ ให้อาหาร ดูดเสมหะ ให้ออกซิเจน พลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับ เป็นต้น¹⁰ ส่วนด้านจิตใจและสังคมผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักต้องเผชิญกับภาวะที่ใกล้สูญเสียบุคคลอันเป็นที่รักเป็นทุนเดิมแล้วจะต้องมีจิตใจที่เข้มแข็งเพื่อเป็นกำลังใจให้กับผู้สูงอายุทราบจนวาระสุดท้าย ผู้สูงอายุมีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล¹¹ โดยเฉพาะเมื่อความตายจะมาถึง ส่วนผลกระทบทางด้านสังคมของผู้สูงอายุนั้น คือการขาดสัมพันธ์ภาพกับสังคม เช่น เพื่อน ๆ ในวัยเดียวกันหรือญาติพี่น้องในวัยเดียวกันที่ห่างหายไปไม่ได้มาพบหน้ากัน จึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยวและคิดว่าตนเองนั้นเป็นภาระให้กับผู้ดูแล เช่น ลูกหลาน

ภรรยาหรือสามี และพี่น้องที่ดูแลตนเอง¹¹ ด้านจิตวิญญาณผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุแต่ละรายจะแสดงอาการปรารถนาในบั้นปลายทางด้านจิตวิญญาณผ่านสิ่งเหล่านี้ การให้ความสำคัญกับความหมาย (meaning) การอโหสิกรรม (forgiveness) ความต้องการความรักและสัมพันธ์ภาพ (love and relatedness) ความหวัง (hope) ศาสนา (religious) และการให้คุณค่า (faith) เพราะฉะนั้น ไม่ง่ายเลยที่ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกครอบครัวยิ่งถ้าไม่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้ายแล้ว จะเป็นภาระที่ตนเองและครอบครัวเผชิญกับความปรารถนาในบั้นปลายทางด้านจิตวิญญาณนี้ได้อย่างสมบูรณ์แบบ¹² ผลกระทบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคองและระยะสุดท้ายของชีวิตที่กล่าวมาข้างต้นนั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลหลัก ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัวรู้สึกว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระได้

ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง

Grad และ Sainsbury¹³ ให้ความหมายคำจำกัดความของภาระการดูแล (caregiver burden) ในผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน คือสภาวะอารมณ์ทางด้านลบของผู้ดูแลหลักและครอบครัวที่มีสาเหตุมาจากการให้การดูแลผู้ที่เจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 2 มโนทัศน์คือ 1) ประสบการณ์การดูแลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นด้านลบต่อผู้ป่วย (objective burden) และ 2) ความรู้สึกทางด้านลบที่มีสาเหตุมาจากลักษณะงานที่ให้การดูแล (subjective burden) ส่วน Zarit และคณะ¹⁴ อธิบายภาระการดูแลในผู้ดูแลว่าเป็นการรับรู้ต่อการดูแลที่มีผลกระทบทางด้านลบต่อร่างกาย อารมณ์ สังคม และการเงิน ซึ่งเป็นผลที่มีจากการดูแลผู้ป่วย Zarit¹⁵ แบ่งลักษณะของ caring burden เอาไว้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) ผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบของ

การให้การดูแลผู้ป่วย (caregiving burden in relationship) 2) ผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบของการดูแลต่อความผาสุกทางจิตใจตนเอง (emotional well-being) 3) ผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบของการให้การดูแลต่อชีวิตสังคมของตนเอง (social and family life) 4) ผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบของการให้การดูแลต่อความผาสุกด้านการเงินตนเอง (financial) และ 5) ผู้ดูแลรับรู้ผลกระทบของการให้การดูแลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง (loss of control over one's life) โดยสรุป ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหมายถึง ผลกระทบทางลบจากการให้การดูแลบุคคลที่มีภาวะเจ็บป่วย โดยผู้ดูแลหลักและภาระการดูแลเป็นความทุกข์ทรมานที่ส่งผลกระทบต่อความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วยต่อผู้ดูแลหลัก โดยภาระในการดูแลสามารถแบ่งออกได้ดังนี้

1. ด้านร่างกาย (physical burden) ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวมีปัญหาสุขภาพ ได้แก่ โรคประจำตัว ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือด ต้อกระจก กระดูกพรุน เป็นต้น¹⁰ หรือภาวะอาการที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาการนอนหลับ (sleep disturbance) อ่อนล้า (fatigue) ปวดตามร่างกาย (pain) เช่น ปวดหลัง ไหล่ ข้อยึดติด สูญเสียความแข็งแรงของร่างกาย (loss of physical strength) ความอยากอาหารลดลง (loss of appetite) และน้ำหนักลด (weight loss)¹⁰ จากการศึกษาของ Flaskerud และคณะ¹⁶ พบว่า มากกว่าร้อยละ 82 ของผู้ดูแลหลักที่เป็นผู้หญิงที่ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีปัญหาการนอนหลับ มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล และผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ผู้สูงอายุมะเร็ง ในระยะลุกลาม และผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง มีระดับความรู้สึกภาระในการดูแลผู้ป่วยสูง

2. ด้านจิตใจ (psychological burden) เป็นภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจที่มีผลกระทบต่อความคิด อารมณ์และพฤติกรรม⁷ ซึ่งส่งผลให้การจัดการในด้านต่าง ๆ ไม่ดี จากการศึกษาของ Rodger และคณะ¹⁷

พบว่าผู้ดูแลรู้สึกเครียด อ่อนล้า กังวล โดดเดี่ยว กลัว รู้สึกผิด และสูญเสียการควบคุมในชีวิตทุก ๆ วัน ซึ่งภาวะเหล่านี้ส่งผลให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิต ได้แก่ วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า จากการศึกษาของ Stajduhar⁷ พบว่าร้อยละ 41-62 ของผู้ดูแลหลักและสมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลมีภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจในระดับสูงเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มทั่วไป ซึ่งมีภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจร้อยละ 19 ในประเทศไทย พบว่าผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านมีภาวะเครียด รู้สึกมีคุณค่าลดลง รู้สึกว่าตนเองขาดอิสระในชีวิต และรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ¹⁸ ประเด็นสำคัญที่เป็นสาเหตุภาวะทุกข์ทางจิตใจคือความต้องการข้อมูลในการดูแลและการวางแผนในระยะสุดท้าย ต้องการวิธีการในการดูแลภาวะจิตใจของผู้สูงอายุในด้านจิตใจ เช่น ความกลัวและความตายที่ใกล้จะมาถึง การเตรียมตัวตายและการสูญเสีย

3. ด้านสังคม (social burden) ผู้ดูแลจะขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเนื่องจากต้องดูแลผู้สูงอายุที่บ้านตลอดเวลา¹⁸ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยว่าผู้ดูแลต้องการมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม เช่น การไปทำบุญที่วัดในเทศกาลต่าง ๆ เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม การเที่ยวต่างจังหวัดกับเพื่อน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่อยู่ในวัยสูงอายุเช่นกัน เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักมีความต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุแทนตนเองในยามจำเป็น (respite care)¹⁰

4. ด้านการเงิน (financial burden) ผู้ดูแลที่เป็นบุตรหลานจะต้องออกจากงานประจำเพื่อรับหน้าที่มาดูแลบุพการี ทำให้ตัวผู้ดูแลหลักเองสูญเสียรายได้และบทบาททางสังคม Girgis และคณะ¹⁸ ศึกษาสถานะทางการเงินในผู้ดูแลหลักพบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักจะไม่สามารถมีเงินออมสำหรับในวัยเกษียณ ส่วนรายงานในประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลหลักมีรายได้ในการใช้จ่ายไม่เพียงพอ บางคนจึงต้องรับทำงานที่บ้านเพื่อหารายได้เพิ่ม¹⁸

ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นผู้รับบทบาทการดูแลอย่างหนักในทุก ๆ ด้านของการดูแลไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ลักษณะการดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคองส่งผลกระทบต่อทางด้านลบในรูปแบบของภาระการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและทางด้านการเงิน ดังนั้น ผู้ให้บริการทางสุขภาพควรคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงในทุก ๆ ด้านของผู้ดูแล โดยการประเมินและการให้การดูแลตามความต้องการของผู้ดูแล โดยสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินภาระการดูแลในผู้ดูแล ซึ่งเครื่องมือนี้เป็นเครื่องมือที่สามารถคัดกรองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เครื่องมือที่ใช้ประเมินภาระการดูแลในผู้ดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง

แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลในผู้สูงอายุ (the Thai version of the Burden Interview) ของ ชนัญชิตา ทูลศิริ และคณะ¹⁹ ที่พัฒนาจากแบบวัดภาระการดูแลในผู้ดูแลของ Zarit¹⁵ ในการประเมินภาระในการดูแลของผู้ดูแล ในแบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ (5-point Likert scale) คะแนนระหว่าง 0-88 คะแนน โดยการประเมินคะแนนแบ่งได้เป็น 4 ระดับดังต่อไปนี้ 0-20 ไม่มีภาวะ burden หรือมีเล็กน้อย 21-40 มีภาวะ burden ในระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง 41-60 มีภาวะ burden ระดับปานกลางถึงรุนแรง 61-88 มีภาวะ burden รุนแรงแบบวัดชนิดนี้มีค่า Cronbach alpha เท่ากับ .92

ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะประคับประคอง

ผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัวเป็นผู้รับหน้าที่อันท้าทายอย่างยิ่งในชีวิต คือการดูแลผู้สูงอายุหรือบุคคลอันเป็นที่รักในวาระสุดท้ายของชีวิตซึ่งเป็นการดูแล

ที่ต้องทุ่มเทนอกจากร่างกายที่มากกว่าดูแลผู้สูงอายุทั่วไปแล้ว สภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจที่เกิดการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในวาระสุดท้ายยิ่งยากจะเข้าใจสำหรับผู้ดูแลหลัก ดังนั้น ผู้ดูแลหลักหรือสมาชิกครอบครัวส่วนใหญ่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงการเผชิญความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นต่อปัญหาสุขภาพจิตของตนเองได้ ในวาระสุดท้ายของผู้สูงอายุที่บ้าน ในสภาวะจิตใจที่สามารถเกิดได้ในช่วงการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะประคับประคองและวาระสุดท้ายของชีวิตของผู้ดูแล คือภาวะสูญเสียและเศร้าโศก²⁰

ภาวะสูญเสีย คือประสบการณ์การจากไปของบุคคล ได้แก่ 1) เป็นการสูญเสียบุคคลหรือสิ่งบางสิ่งที่ย้ายไปในอนาคตและสิ่งนั้นต้องจากไป 2) เป็นการจากไปของบุคคลหรือสิ่งนั้น ๆ ที่บุคคลให้คุณค่า 3) การให้ความหมายของการสูญเสียมีความหมายเฉพาะแต่ละบุคคลและประสบการณ์ในแต่ละบุคคลนั้น ๆ²⁰ ดังนั้น การให้ความสำคัญทางด้านจิตใจสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวที่กำลังเผชิญความตายอันใกล้ถึง จึงเป็นปฏิริยาของการสูญเสีย ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการสูญเสียหลาย ๆ ด้านของชีวิต ไม่เพียงแต่ความตายจากของ สามีหรือภรรยา สมาชิกครอบครัวหรือเพื่อนเท่านั้น ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับความสูญเสียในด้านการทำงานของร่างกายจากโรคที่เผชิญ สูญเสียบทบาท สัมพันธภาพต่าง ๆ ที่ลดลง ในขณะที่ผู้ดูแลหลักและครอบครัวต้องเผชิญกับความสูญเสียได้แก่ สูญเสียความเป็นอิสระ สูญเสียสถานะทางการเงิน สูญเสียรูปแบบการนอน เป็นต้น ความรู้สึกสูญเสียทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักสามารถเห็นชัดเจน แต่ในทางตรงกันข้ามการสูญเสียทางด้านจิตใจมักไม่ค่อยแสดงอาการเด่นชัดออกมาด้านนอก เช่น สับสน สิ้นความหวัง เป็นต้น

ภาวะเศร้าโศก หมายถึง ภาวะที่ตอบสนองทางอารมณ์ของบุคคลในสถานการณ์ที่สูญเสีย²⁰ กระบวนการเศร้าโศกประกอบด้วย 1) ภาวะอารมณ์เศร้าโศกก่อนสูญเสีย (anticipatory) 2) ภาวะอารมณ์เศร้าโศกจาก

การสูญเสียที่ผิดปกติ (complicated) 3) ภาวะอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่เป็นปกติ (disenfranchised) ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองที่บ้าน ผู้ดูแลหลักและครอบครัวจะเผชิญกับภาวะอารมณ์เศร้าโศกก่อนสูญเสีย (anticipatory grief) เป็นกระบวนการการตัดสินใจช่วงการเจ็บป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหลักและสมาชิกครอบครัว เมื่อให้การดูแลผู้สูงอายุตลอดช่วงเวลานี้ ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวจะเริ่มมีภาวะสูญเสียเกิดขึ้นสำหรับผู้สูงอายุ ไปจนผู้สูงอายุเสียชีวิต ผู้ดูแลและสมาชิกครอบครัวจะมีประสบการณ์การสูญเสียได้ในทุก ๆ วันที่ดูแลจบจนช่วงใกล้เสียชีวิตของผู้สูงอายุ รู้ว่าการสูญเสียใกล้จะเกิดขึ้น ในกระบวนการนี้ (anticipatory grief) เป็นช่วงเวลาเวลาแห่งการได้เตรียมใจต่อการสูญเสียในอนาคต รวมถึงการเตรียมพิธีกรรมทางศาสนาต่าง ๆ และงานศพเพื่อตอบสนองความต้องการแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นการเตรียมตัวเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักสามารถช่วยให้ผู้ดูแลหลักและครอบครัวพิจารณาและเตรียมวางแผนชีวิตสำหรับการสูญเสีย

อารมณ์เศร้าโศกที่เกิดจากการสูญเสียเป็นอารมณ์ปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่ในบางรายอารมณ์ที่เศร้าโศกที่เกิดขึ้นอาจรุนแรงหรือยาวนานเกินปกติเรียกว่า อารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียที่ผิดปกติ (abnormal grief/pathological/complicated grief) การเสียชีวิตของบุคคลอันเป็นที่รักเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการเกิดโรคซึมเศร้า โดยพบโรคซึมเศร้าเรื้อรังหลังการสูญเสียได้ถึงร้อยละ 10-15 ผู้ดูแลที่จะผ่านพ้นอารมณ์เศร้าโศกไปได้มักจะต้องมีการจัดการกับการสูญเสีย (coping with loss) และมีการสนับสนุนทางสังคม (social support) ที่ดี²⁰

ภาวะในการดูแลที่เกิดขึ้นกับผู้ดูแลหลักนั้นมีความสัมพันธ์กับความก้าวหน้าของการดำเนินโรคทางจิตเวชและสุขภาพจิต²¹ ปัญหาทางสุขภาพจิตที่เกิดกับผู้ดูแลที่สามารถพบได้ ได้แก่ ภาวะวิตกกังวล (anxiety)

คิดเป็นร้อยละ 95 และภาวะซึมเศร้า (depression) คิดเป็นร้อยละ 45 อาการของภาวะทางจิตใจจากอาการที่รุนแรง (posttraumatic stress disorder)²² ภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ (psychological distress)²² ได้แก่ รู้สึกไม่มีคนช่วยเหลือ (helplessness) ความไม่แน่นอน (uncertainty) สิ้นหวัง (hopelessness) ความมีศักดิ์ศรีลดลง (loss of dignity) รู้สึกผิด (guilt) คุณภาพชีวิตย่ำแย่ (impaired quality of life) และมีความคิดอยากตาย (suicidal ideation)

การให้การพยาบาลในผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกภาระในการดูแล

การให้การดูแลผู้ดูแลที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกภาระ ในการดูแลในผู้สูงอายุระยะประคับประคอง¹⁰ มีดังนี้

1. การประเมินความเครียดในการให้การดูแล (assessing on caregiver stress) สามารถประเมินได้ 2 วิธี

1.1 การประเมินโดยแบบวัด สามารถประเมินโดยใช้แบบวัดภาระการดูแลในผู้ดูแล (the Thai version of the Burden Interview) กรณีที่ผู้ดูแลมีอาการซึมเศร้าสามารถประเมินโดยใช้แบบวัดซึมเศร้า 2Q/9Q depression screening questionnaire

1.2 การสัมภาษณ์และการสังเกต ผู้ประเมินสามารถให้ผู้ดูแลหลักระบายความรู้สึก ตลอดถึงอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียดในการดูแล โดยผู้ประเมินสามารถใช้เทคนิคการฟังอย่างตั้งใจ สามารถช่วยให้ผู้ประเมินเข้าใจความรู้สึกของผู้ดูแลหลักได้อย่างแท้จริง

2. การจัดการความเครียดในผู้ดูแลหลัก (managing caregiver stress) ผู้ดูแลหลักแต่ละรายจะมีปัญหาทางด้านอารมณ์ที่แตกต่างกันไป ความต้องการและปัญหาที่ผู้ดูแลหลักแต่ละรายประสบจึงมีความแตกต่างกัน ดังนั้น รูปแบบในการให้การดูแลด้านจิตใจ

ย่อมมีความแตกต่างกัน ซึ่งวิธีในการดูแลผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตมีดังนี้

2.1 ผู้ดูแลหลักได้รับการตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย ผู้ดูแลหลักที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะประสบกับปัญหาทางด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้ดูแลจะต้องดูแลผู้สูงอายุเกือบตลอด 24 ชั่วโมง และลักษณะงานดูแลค่อนข้างหนัก ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ และส่วนใหญ่ในปัจจุบันผู้ดูแลก็เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ผู้ดูแลหลักเองก็จะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย

2.2 การจัดการความทุกข์ทรมานด้านอารมณ์ในผู้ดูแลหลัก ปัญหาทางด้านอารมณ์ที่พบได้บ่อยในผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ประเมินสามารถให้การดูแลตามอาการดังนี้

2.2.1 ภาวะซึมเศร้า

2.2.1.1 ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง โดยผู้ดูแลหลักจะถูกแนะนำให้ค้นหาโอกาสที่สามารถส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้สำเร็จ

2.2.1.2 สนับสนุนให้ระบายความรู้สึก ได้แก่ อารมณ์โกรธ รู้สึกผิด คับข้องใจและอารมณ์อื่น ๆ ซึ่งผู้ประเมินจะต้องมีเวลาในการรับฟังและฟังผู้ดูแลหลักระบายความรู้สึกอย่างตั้งใจ

2.2.1.3 การให้กำลังใจและลดความรู้สึกที่ไม่ดี

2.2.2 ความเครียด

การดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองนั้นผู้ดูแลจะเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ การรับฟังและเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลหลักได้ระบายความรู้สึกจึงเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยลดความเครียดได้ นอกจากนี้ผู้ดูแลหลักอาจต้องการความเป็นส่วนตัวที่จะพักหรือต้องการการช่วยเหลือบางครั้งในการดูแลผู้สูงอายุ (respite care) ผู้ประเมินอาจเสนอแนะทางเลือกนี้ให้ผู้ดูแลหลักได้จากสมาชิกครอบครัวท่านอื่น

หรือหน่วยงานในชุมชน สุดท้ายการเสนอแนะให้ผู้ดูแลหลักไปพักผ่อน เทียว ทำบุญ หรือการกระทำกิจกรรมอื่น ๆ ที่สามารถช่วยลดความเครียดจากการดูแลได้ เช่น การวิ่ง ว่ายน้ำ การเล่นโยคะ การฝึกการหายใจและวิธีการผ่อนคลายอื่น ๆ

นอกจากวิธีการในข้างต้น การให้การดูแลโดยรูปแบบวิธีดังต่อไปนี้สามารถช่วยลดปัญหาสุขภาพจิตและภาระในการดูแลสำหรับผู้ดูแลหลัก ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองและระยะสุดท้าย ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) การจัดการปัญหา (coping skill) และการบำบัดแบบ Legacy โดยการให้สุขภาพจิตศึกษา Hudson และคณะ²³ ได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยผู้ดูแลหลักจะได้รับการเตรียมตัวในบทบาทของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในระยะสุดท้ายที่บ้าน โดยผู้ให้คำปรึกษาจะเตรียมความรู้ในเรื่องการเจ็บป่วย การจัดการอาการและแหล่งสนับสนุนที่สำคัญต่าง ๆ โดยผู้ดูแลหลักสามารถมีส่วนร่วมในการซักถามข้อสงสัย และให้ข้อเสนอแนะต่อการดูแลได้ Walsh และคณะ²⁴ ได้พัฒนาโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ คือ (1) การดูแลผู้ป่วย (2) ความต้องการทางด้านสุขภาพของร่างกาย (3) ความต้องการเวลาส่วนตัวของผู้ดูแล (4) ความต้องการหรือแผนในอนาคต (5) สุขภาพทางด้านจิตใจ (6) สัมพันธภาพระหว่างผู้ให้คำปรึกษา (7) การเงิน โดยผู้ให้คำปรึกษาจะมีการประเมินความต้องการในแต่ละองค์ประกอบอย่างครอบคลุมทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เพื่อเตรียมข้อมูลในการวิเคราะห์และปรึกษาร่วมกัน การให้ข้อมูลที่จำเป็นต่าง ๆ และให้การประคับประคองทางด้านอารมณ์ควบคู่ไปด้วย การจัดการปัญหา (coping skill) McMillan and Small²⁵ ได้พัฒนาโปรแกรมทักษะการเผชิญปัญหาสำหรับผู้ป่วยมะเร็งและครอบครัวผู้ดูแลประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ (1) การพัฒนากลยุทธ์ในการ

เผชิญและจัดการปัญหา (2) การส่งเสริมทัศนคติเชิงบวก (3) วางแผนการให้การดูแลเพื่อการปฏิบัติ (4) การสอนให้รู้จักธรรมชาติของปัญหาและหลักการในการจัดการปัญหานั้น ๆ อย่างไร ส่วนการบำบัดแบบ Legacy²⁶ เป็นการบำบัดที่ออกแบบโดยลดความเครียดในการให้การดูแลแก่ผู้ดูแลหลักและเพิ่มการสื่อสารในครอบครัว โดยกิจกรรมจะนำสิ่งของที่มีคุณค่าทางจิตใจหรือสิ่งที่มีความหมายของผู้สูงอายุระยะสุดท้ายมาใช้ดำเนินกิจกรรม เช่น สมุดจดบันทึกที่มีรูปภาพสำคัญ หรือวิดีโอบันทึกเหตุการณ์สำคัญ เป็นต้น

บทสรุป

บทความนี้เป็นการทบทวนวรรณกรรมที่ประกอบไปด้วย 1) ลักษณะของผู้ดูแลหลักในผู้สูงอายุระยะประคับประคอง 2) ความรู้สึภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลักในผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน 3) ปัญหาสุขภาพจิตในผู้ดูแลหลักผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน และ 4) การให้การพยาบาลในผู้ดูแลหลักที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึภาระในการดูแลและสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก ทำให้ความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในระยะประคับประคองไม่สามารถที่จะหลีกเลี่ยงได้ ดังนั้น ผู้ดูแลหลักและหรือสมาชิกครอบครัวในผู้สูงอายุระยะประคับประคองที่บ้าน เป็นผู้ที่ได้รับบทบาทที่หนักยาวนานและมีความซับซ้อนในการดูแลเป็นอย่างยิ่ง ผลกระทบจากการดูแลนี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกในการเป็นภาระในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและการเงิน ยิ่งกว่านั้นภาระในการดูแลส่งผลกระทบให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในคนกลุ่มนี้ได้ ได้แก่ ความเครียด ภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า ซึ่งถ้าไม่ได้รับการประเมินและรักษาแล้วจะทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ตามมาได้ เช่น การดูแลไม่มีคุณภาพ ผู้สูงอายุถูกทารุณกรรมและการมีความคิด

ฆ่าตัวตายในผู้ดูแลหลัก จะเห็นว่าผู้ดูแลหลักและหรือ สมาชิกครอบครัวเป็นกลุ่มบุคคลที่บุคลากรสาธารณสุข ทำหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านให้ความสำคัญเท่ากับการเยี่ยม ผู้สูงอายุในระยะประคับประคอง เนื่องจากภาวะปัญหา สุขภาพจิตและความรู้สึกละเลยในการดูแลที่เป็นภาระอาจไม่มี อาการที่แสดงออกที่ชัดเจนดังเช่นอาการทางฝ่ายกาย จึงยากในการประเมิน การประเมินภาระในการดูแลและ ปัญหาสุขภาพจิตตลอดจนการพยาบาลในผู้ดูแลหลัก

ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและความรู้สึกละเลยในการดูแล ผู้เขียนหวังว่าจะเป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ซึ่งถ้าผู้ดูแลหลักมีภาวะสุขภาพกายและ จิตดีแล้ว ย่อมมีผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุและ คุณภาพชีวิตที่ดีทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้ ซึ่งจะส่งผลลัพธ์ ที่คาดหวังสูงสุดคือการตายดีหรือตายอย่างสมศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative care for older people: better practices [Internet]. 2011 [cited 2015 Jul 17]. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/143153/e95052.pdf
2. Prasartkul P. Situation of the Thai elderly 2013. Bangkok: Amarin Printing Services; 2014. (in Thai)
3. Milintarangul U. National policy on palliative care in Thailand. [Internet]. 2015 [cited 2015 Jul 17]. Available from: http://www.gogood.in.th/upload/article/F_39_1/pdf (in Thai)
4. Lunney JR, Lynn J, Foley DJ, Lipson S, Guralnik JM. Patterns of functional decline at the end of life. The Journal of the American Medical Association 2003;289(18):2387-92.
5. Milintarangul U. Palliative care awareness and practical approach. Bangkok: Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute; 2014. (in Thai)
6. World Palliative Care Alliance, World Health Organization. Global atlas of palliative care at the end of life [Internet]. 2014 [cited 2015 Jan 7]. Available from: https://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf
7. Stajduhar KI. Burdens of family caregiving at the end of life. Clinical & Investigative Medicine 2013;36 (3):e121-e6.
8. Aggar C. Issues caring burden. Australian Nursing Journal 2012;20(5):35.
9. Gray R, Thapsuwan S, Thongcharoenchupong N, Pumsaithong P. Caregiving to older persons: happiness and stress. Bangkok: Amarin Printing & Publishing; 2013. (in Thai)

10. Supaporn K. Development of an ideal set of nursing care activities for home-based palliative care to enhance care quality and reduce caregiving burden among the family caregivers of Thai elderly [Dissertation]. Songkla: Prince of Songkla University; 2019. (in Thai)
11. Sherman DW, MaGuire DB, Free D, Cheon JY. A pilot study of the experience of family caregivers of patients with advanced pancreatic cancer using a mixed methods approach. *Journal of Pain and Symptom Management* 2014;48(3):385-99.
12. Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasit J, Sawanyawisuth K, Pimporm J. Caregivers burden of older adults with chronic illnesses in the community: a cross-sectional study. *Journal of Community Health* 2013;38:40-5. (in Thai)
13. Grad J, Sainsbury P. Problem of caring for mentally ill at home. *Proceeding of the Royal Society of Medicine* 1966;59(1):20-3.
14. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980;20(6):649-55.
15. Zarit SH. The memory and behavior problems checklist and the burden interview [Internet]. 1990 [cited 2015 Jul 17]. Available from: https://books.google.co.th/books/about/The_Memory_and_Behavior_Problems_Checkli.html?id=zchEngEACAAJ&redir_esc=y
16. Flaskerud JH, Carter PA, Lee P. Distressing emotions in female caregivers of people with AIDS, age-related dementias, and advanced-stage cancers. *Perspectives in Psychiatric Care* 2000;36(4):121-30.
17. Rodger D, O'Neill, Nugent L. Informal carers' experiences of caring for older adults at home: a phenomenological study. *British Journal of Community Nursing* 2015;20(6):280-5.
18. Girgis A, Lambert S, Johnson C, Currow D. Physical, psychosocial, and economic burden of caring for people with cancer: a review. *American Society of Clinical Oncology* 2013;9(4):197-202.
19. Toonsiri C, Sunsern R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *Journal of Nursing and Education* 2011;4(1):62-75. (in Thai)
20. Ferrell BR, Coyle N. *Oxford textbook of palliative nursing*. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 2010. 597-611.
21. McMillan SC, Small BJ. Using the cope intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncology Nursing Forum* 2007;34:313-21.
22. Sanderson C, Lobb EA, Mowll J, Butow PN, McGowan N, Price MA. Signs of post-traumatic stress disorder in caregivers following an expected death: a qualitative study. *Palliative Medicine* 2013;27(7):625-31.

23. Hudson P, Quinn K, Kristjanson L, Thomas T, Braithwaite M, Fisher J, et al. Evaluation of a psycho-educational group programme for family caregivers in home-based palliative care. *Palliative Medicine* 2008;22(3):270-80.
24. Walsh K, Jones L, Mason C, McLoughlin J, Blizzard R, King M. Reducing emotional distress in people caring for patients receiving specialist palliative care: randomised trial. *British Journal of Psychiatry* 2007;190:142-7.
25. McMillan SC, Small BJ. Using the cope intervention for family caregivers to improve symptoms of hospice homecare patients: a clinical trial. *Oncology Nursing Forum* 2007;34(2):313-21.
26. Allen RS, Hilgeman MM, Ege MA, Shuster JL, Burgio LD. Legacy activities as intervention approaching the end of life. *Journal of Palliative Medicine* 2008;11(7):1029-38.