

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการวิจัย

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม* R.N., D.S.N. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

เทคนิคปลอดเชื้อดังกล่าวแล้วใส่ฟองอากาศก็ฉีดให้ผู้ป่วยได้เลย เมื่อฉีดเสร็จก็เอา Syringe ใส่เข้าเครื่อง Set เครื่องให้พร้อม Start เครื่องจะเป่า

บทคัดย่อ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านเริ่มมีความสำคัญและเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ทีมสุขภาพให้ความสนใจ เนื่องจากการเป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านต้องตอบสนองความต้องการการดูแลที่เกิดจากภาวะความพร่องทางร่างกาย สติปัญญา และสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ผลกระทบที่เกิดขึ้นคือญาติผู้ดูแลไม่ว่าจะเป็นผลทางลบหรือทางบวก ความเครียดและการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นแล้วแล้วแต่มีผลต่อเนื่องกับภาวะสุขภาพของญาติผู้ดูแล ประเด็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับญาติผู้ดูแลในต่างประเทศสามารถนำมาเป็นข้อพิจารณาในการทำวิจัยดังกล่าวภายใต้บริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทย

คำสำคัญ : ญาติผู้ดูแลที่บ้าน ความต้องการการดูแล ความเครียด การเผชิญปัญหา ประเด็นการวิจัย การดูแลตลอดทั้งวัน หรืออาจใช้ฉีดในเวลาหลังเลิกเรียนจน

ถึงรุ่งเช้าก็ได้จะทำให้ผู้ป่วยสามารถฉีดยาได้จำนวน Key words: iron chelation, thalassemia, multiple sclerosis และประเทศ- และของประเทศไทย

การเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร สังคม และความก้าวหน้าทางวิทยาการสมัยใหม่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุ และผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการดูแลเฉพาะโรค ในปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยเรื้อรัง ไม่ได้จำกัดอยู่ในโรงพยาบาลเพียงอย่างเดียว จากแนวโน้มของการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังในประเทศไทย ประกอบกับนโยบายการเพิ่มอัตราหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่าง ๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยเรื้อรัง จะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น ส่งผลให้แนวโน้มของผู้ที่เจ็บป่วยเรื้อรังซึ่งต้องการการดูแลที่บ้านมีจำนวนมากขึ้น นั่นหมายถึงผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

ต้องดูแลตนเองที่บ้านในด้านต่าง ๆ เมื่อยังสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้น ๆ ได้ แต่เมื่อความก้าวหน้าของพยาธิสภาพของโรคที่เป็นมีมากขึ้น อาจทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วยลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้นบทบาทของญาติผู้ดูแลที่บ้าน จึงเริ่มมีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่าง ๆ ญาติผู้ดูแลที่บ้านหรือ Family caregiver จึงกลายเป็นกลุ่มเป้าหมายที่น่าสนใจอีกกลุ่มหนึ่งที่บุคลากรในทีมสุขภาพควรให้ความสำคัญ จุดประสงค์ของบทความนี้เขียนขึ้นเพื่อนำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน กิจกรรมและการดูแลผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะ

จากภาวะเหล็กเกินในเลือดเฉียบพลัน (โดยการใช้ยา (Desferal) Birth Defect 1988; 23:129-33.

* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

สุขภาพ ความเครียด การปรับตัว และประเด็นในการ
วิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

แนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน

พื้นฐานที่จะนำไปสู่ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิด
ในเรื่องญาติผู้ดูแลที่บ้านมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาว่า
ทำไมคนจึงช่วยเหลือผู้อื่น¹ ได้แก่

1. Bystander effect ในความหมายก็คือ

ยังมีคนอยู่ในเหตุการณ์มากเท่าไรดูเหมือนว่าคนที่
ลงมือช่วยจริงๆยิ่งลดน้อยลงเท่านั้น ปรากฏการณ์
ดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากความรู้สึกของแต่ละบุคคล
ที่ว่าความรับผิดชอบต่อเหตุการณ์ไม่ได้เป็นของผู้ใด
แต่จะกระจายอยู่ในคนต่าง ๆ ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น ๆ
หรืออาจรอดูก่อนว่าจะมีใครให้ความช่วยเหลือบ้าง
สิ่งที่ปรากฏชัดเจนและมักพบอยู่เสมอก็คือ ผู้ป่วย
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบางคนดูเหมือน
ว่าจะมีญาติมาเยี่ยมมากมายแต่พอลถามว่าใครจะ
เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยต่อไปในระยะยาวก็อาจจะไม่ได้คำ
ตอบในทันที

2. ลักษณะของผู้ถูกช่วยเหลือโดยทั่วไปผู้ที่

มีลักษณะโครงสร้างทางร่างกายที่ดึงดูดความสนใจ
เมื่อตกอยู่ในเหตุการณ์ที่ต้องการความช่วยเหลือมักจะ
ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างเป็นอย่างดี

3. ความคล้ายคลึงกันในด้านต่างๆ เช่นถ้าผู้

ให้ความช่วยเหลือและผู้รับความช่วยเหลือ เป็นบุคคล
ในครอบครัว ญาติพี่น้องที่สืบสายเลือดเดียวกัน หรือบุคคล
ที่มีเชื้อชาติเดียวกันก็จะให้ความช่วยเหลือกันมากกว่า
ผู้อื่น

4. แรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ (Motive
for helping) เป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจว่าบุคคล
จะช่วยเหลือหรือไม่เพราะเหตุใด แรงจูงใจในการให้
ความช่วยเหลือผู้อื่นแบ่งเป็น 2 ประการคือ

4.1 Egoistic motivation หรือแรงจูงใจ
ที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง เช่น
คาดว่าจะได้รางวัลตอบแทนจากการช่วยเหลือ ซึ่ง
อาจเป็นคำจ้าง การยอมรับของสังคม คำชมว่าเป็น
คนดี หรือคาดว่าจะเกิดสิ่งไม่ดีกับตนเองถ้าไม่ช่วยเหลือ
เช่น ทำไปเพื่อป้องกันคำครหาหรือความรู้สึกผิด
ถ้าไม่ช่วยเหลือ

4.2 Altruistic motivation หรือแรงจูงใจ
ที่เกิดขึ้นเนื่องจากความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ ดังนั้นแรง
จูงใจประเภทนี้มุ่งประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้รับความช่วย-
เหลือไม่ใช่ตนเอง ความรู้สึกที่ดีเช่นนี้มักจะมีปัจจัย
อื่นเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย เช่น พื้นฐานของความเป็นญาติ
ความคล้ายคลึงกันในด้านต่าง ๆ ความสัมพันธ์ในอดีต
ระหว่างผู้ให้และผู้รับความช่วยเหลือ หรืออาจเป็น
ผลรวมของปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าว

ในสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือ
ดูแลของญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้น ผู้ช่วยเหลืออาจมีทั้ง
แรงจูงใจแบบ altruistic และ egoistic กล่าวคือ ในระยะแรก
เริ่มของการเป็นผู้ช่วยเหลือในฐานะญาติผู้ดูแลที่บ้านนั้น
บุคคลมักจะทำไปเพราะมีความสงสาร เข้าใจ เห็นใจ
แต่เมื่อช่วยเหลือไปนาน ๆ ก็อาจจะทำไปเพราะป้องกัน
คำครหา หรือต้องการสิ่งตอบแทน เป็นต้น อย่างไรก็ตาม
ญาติผู้ดูแลที่บ้านอาจมีแรงจูงใจในการให้
ความช่วยเหลือแบบ altruistic และ egoistic สลับ

สืบเปลี่ยนไปในแต่ละระยะของการให้การดูแลผู้ป่วย

ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

คำว่า "ญาติผู้ดูแลที่บ้าน" หรือศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ใช้ในการเขียนบทความ หรือรายงานการวิจัยของต่างประเทศ²⁻⁶ ก็คือ "Family caregiver" หรือ "Informal caregiver" หมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน คำสำคัญที่ปรากฏในความหมายดังกล่าวที่ต้องพิจารณา ได้แก่

1. ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือแม้แต่บุคคลสำคัญในชีวิต

2. ผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรค ความพิการ หรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะของแพทย์ โดยความต้องการดังกล่าวที่เกิดขึ้นนั้นต้องได้รับการตอบสนองหรือดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

3. มุ่งเน้นเฉพาะการให้ความช่วยเหลือดูแล โดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4. สถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลเกิดขึ้นในบ้าน หรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่างๆ

นอกจากนี้ ความหมายของญาติผู้ดูแลที่บ้านยังจำแนกตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล⁷ กล่าวคือ Primary caregiver

หมายถึงผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น ในขณะที่ Secondary caregiver จะเป็นบุคคลอื่นๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทน Primary caregiver เป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น หรือเป็นผู้ช่วยของ Primary caregiver ในการดูแลผู้ป่วยเท่านั้น

คุณลักษณะโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

จากรายงานการวิจัยในต่างประเทศ⁷ และในประเทศไทย⁸⁻¹³ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง วัยกลางคน สถานภาพสมรส โสดหรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลในการพิจารณาว่าบุคคลใดในครอบครัวหนึ่งๆ จะเหมาะสมหรืออยู่ในข่ายที่น่าจะเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ปัจจัยสำคัญเบื้องต้นที่เป็นปัจจัยภายในแต่ละบุคคลก็คือ อายุ เพศ สถานภาพสมรส และงานประจำหรืออาชีพที่ทำอยู่ ปัจจัยเหล่านี้ล้วนแต่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแลอย่างน้อยเพียงใด เช่น เมื่อเปรียบเทียบระหว่างบุตร 2 คนที่จะต้องให้การดูแลมารดาที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่รักษาด้วยการล้างไตผ่านเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง (Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) บุตรคนที่หนึ่ง อายุ 42 ปี เพศหญิง แต่งงานมีบุตร 2 คน (อายุ 12 และ 9 ปี) อาศัยอยู่บ้านเดียวกับมารดา เปิดร้านทำผมภายในบ้าน ขณะที่บุตรอีก

* ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

คนหนึ่งอายุ 38 ปี เพศชาย แต่งงานแล้วแยกครอบครัว ไปอยู่บริเวณใกล้เคียง มีอาชีพเป็นนักธุรกิจที่ต้องเดินทางต่างจังหวัดบ่อยๆ เมื่อพิจารณาความเหมาะสมในแง่ของความสะดวกและความพร้อม รวมทั้งเวลาที่สามารถให้กับภาระการดูแลที่จะต้องทำให้กับมารดา รายนี้ บุตรคนที่หนึ่ง น่าจะอยู่ในข่ายที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักมากกว่าบุตรคนที่สองอย่างไรก็ตาม ข้อพิจารณาดังกล่าวอาจเป็นการประเมินเบื้องต้นเท่านั้น เพราะต้องพิจารณาร่วมกับปัจจัยอื่นๆ ด้วย ซึ่งได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและบุตรสองคนที่มีมาในอดีต รวมทั้งแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือดูแลของบุตรทั้งสองคนว่าเป็นอย่างไร ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ที่จะเป็นญาติผู้ดูแล เนื่องจากภาระในการดูแลที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ให้การดูแลเช่นกัน

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หรือ ภาระงานที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบ

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย (Caregiving demands) หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วยมีผลมาจากสาเหตุ 3 ประการ คือ^{3-5,8-14}

1. ข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกายหรือการทำหน้าที่ของอวัยวะ (Physical or functional impairment) ข้อจำกัดดังกล่าวอาจเกิดจากโรค ความพิการหรือความเสื่อมของอวัยวะต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมขั้นพื้นฐาน (Activities of daily

living) หรือกิจกรรมขั้นสูง (Instrumental activities of daily living) ก็ตาม นอกจากนี้แล้ว การดูแลรักษาที่เฉพาะเจาะจงของแต่ละโรค เช่น การฉีดยาอินซูลิน การเปลี่ยนน้ำยาล้างไตทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง การทำแผล เป็นต้น เหล่านี้ล้วนเป็นภาระงานหรือกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านต้องรับผิดชอบกระทำให้กับผู้ป่วย อย่างไรก็ตามกิจกรรมหรืองานที่เกิดจากข้อจำกัดของผู้ป่วยทางร่างกายมักจะเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถวางแผน คาดการณ์ และจัดเวลาดวงหน้าได้ว่าจะทำอะไร เมื่อใด

2. ปัญหาความพร่องทางความคิดสติปัญญา (Cognitive impairment) หรือความเบี่ยงเบนของพฤติกรรมที่เกิดขึ้น เช่น อาการหลงลืม ซึมเศร้า หวาดระแวง เป็นต้น ซึ่งอาจพบในผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ป่วยที่มีโรคสมองเสื่อม ความต้องการการดูแลจากปัญหาเหล่านี้โดยมากจะเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนเหตุการณ์ล่วงหน้าได้ ดังนั้น ญาติผู้ให้การดูแลอาจเกิดความรู้สึกไม่แน่นอนเนื่องจากไม่สามารถวางแผนให้การช่วยเหลือล่วงหน้าได้

3. การเปลี่ยนแปลงทางสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือความต้องการส่วนบุคคลในผู้ป่วยแต่ละราย ความต้องการการดูแลประเภทนี้มักจะเกิดขึ้นเกือบตลอดเวลา ซึ่งขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วย และผลกระทบจากโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

จากปัญหาความต้องการการดูแลของผู้ป่วยดังกล่าวข้างต้น มีผลนำไปสู่กิจกรรมหรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลที่บ้านต้องกระทำให้กับผู้ป่วย² ประการแรก ได้แก่ การให้การดูแลโดยตรงในกิจวัตรประจำวัน

ต่างๆ รวมทั้งปัญหาทางพฤติกรรมที่เกิดขึ้น ประการที่สอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจะต้องให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ (Emotional and Psychological Support) เช่น จะต้องประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยและหลีกเลี่ยงประสบการณ์หรือเหตุการณ์ที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ประการที่สาม ญาติผู้ดูแลที่บ้านทำหน้าที่เป็นบุคคลกลางในการติดต่อเจรจา หรือติดต่อกับบุคลากร หรือองค์กรทางสุขภาพเพื่อการรักษาพยาบาลหรือช่วยประสานงานลดความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดำเนินการรักษาตามระบบการแพทย์สมัยใหม่ และการรักษาแผนโบราณตามความเชื่อของผู้ป่วย ประการสุดท้าย ญาติผู้ดูแลที่บ้านบางคนอาจจะต้องให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องการเงินอีกด้วย

ความเครียด การเผชิญปัญหา ภาวะสุขภาพ และการปรับตัวของญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ความต้องการการดูแลของผู้ป่วย หรือภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องทำให้ผู้ป่วย ประกอบกับงานและชีวิตส่วนตัวของญาติผู้ดูแลที่มีอยู่เดิมมีผลทำให้เกิดความเครียดในการดูแลได้ มีรายงานการวิจัยมากมายทั้งต่างประเทศ^{3-4,15-18} และในประเทศไทย⁸⁻¹³ ที่ศึกษาและพบว่า การเป็นญาติผู้ดูแลที่บ้านทำให้เกิดภาวะเครียดได้ ซึ่งแหล่งที่มาของความเครียดโดยตรงหรือ Primary stressor^{6,19} ก็คือความต้องการการดูแลของผู้ป่วยจากสาเหตุข้อจำกัดหรือความพร่องทางร่างกาย ความคิดสติปัญญาและความต้องการส่วนบุคคลดังกล่าวแล้ว ผลที่ตามมาจากการ

ให้การดูแลที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแลหรือที่เรียกว่า Secondary stressor¹⁹ ยังเป็นแหล่งที่มาของความเครียดอีกอย่างหนึ่งด้วย เช่น ถ้าญาติผู้ดูแลผู้ป่วยต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ในการให้ความช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันและการรักษาเฉพาะแก่ผู้ป่วยแล้ว ผลก็คือเวลาสำหรับตนเองในการที่จะประกอบอาชีพเข้าสังคม หรือทำหน้าที่ตามบทบาทที่ควรจะได้รับผิดชอบต่อชีวิตตนเองก็จะน้อยลง นอกจากนี้บริบท (context) หรือ สิ่งแวดล้อมของการให้การดูแลก็มีผลทำให้ญาติผู้ดูแลที่บ้านเผชิญกับภาวะเครียดได้¹⁹⁻²⁰ เช่น โครงสร้างและความเกี่ยวพัน สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวต้องเปลี่ยนแปลงไป หรือเกิดความขัดแย้งในหมู่ญาติผู้ให้การดูแลด้วยกันเอง หรือระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลที่อยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยดูเหมือนจะสูงกว่าญาติผู้ดูแลที่อาศัยอยู่คนละบ้านกันเนื่องจากต้องเผชิญกับภาระการดูแลอยู่ตลอดเวลาตนเอง

สำหรับวิธีเผชิญภาวะเครียดหรือวิธีเผชิญปัญหาจากภาระการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านนั้น ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยใช้วิธีการเผชิญปัญหาทั้งแบบที่มุ่งจัดการกับปัญหา (Problem-focused coping) และแบบมุ่งจัดการกับภาวะอารมณ์ (Emotional-focused coping)^{4,18,21-22} ทั้งนี้ขึ้นกับลักษณะของความเครียดจากภาระงานที่ญาติผู้ดูแลต้องเผชิญ เช่น สำหรับภาระงานที่เกิดจากข้อจำกัดของผู้ป่วยทางร่างกายมักเป็นกิจกรรมที่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถวางแผนล่วงหน้า หาข้อมูล และสิ่งสนับสนุนเพื่อจัดการกับปัญหาต่างๆ ได้ แต่สำหรับภาระงานที่เกิดจากความพร่องทางสติปัญญา และ

การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์หรือความรู้สึกของผู้ป่วยนั้น มักเกิดขึ้นโดยไม่สามารถคาดคะเนหรือไม่สามารถวางแผนล่วงหน้าได้จึงมีผลทำให้เกิดความไม่แน่นอน ในการที่จะวางแผนช่วยเหลือแก้ไขเมื่อเหตุการณ์นั้น ๆ เกิดขึ้น ญาติผู้ดูแลจึงอาจต้องใช้การเผชิญปัญหา ด้วยวิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์ของตนเองร่วมด้วย เพื่อปรับสภาพอารมณ์ที่เกิดจากภาวะเครียดและจึงมุ่งหาทางแก้ไขปัญหาต่อไป

ผลกระทบที่เกิดจากการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีทั้งในทางลบและทางบวกผลในทางลบ^{4,8-13,15} ได้แก่ รู้สึกโกรธและฉุนเฉียวง่าย รู้สึก ไม่มีเวลาเป็นของตนเองสูญเสียความเป็นส่วนตัว รู้สึกเหมือน ถูกผูกติดไว้กับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคมและเหงา ซาด เพื่อนฝูงในสังคม ไม่สามารถวางแผนอะไรล่วงหน้า ได้ มีความขัดแย้งในบทบาทของผู้ดูแลที่บ้านกับ บทบาทของผู้ทำงานอาชีพ รู้สึกสูญเสียและโศกเศร้า ซาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ไม่มีเวลาพักผ่อน เบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย อย่างไรก็ตามญาติผู้ดูแลที่บ้านจำนวนไม่น้อยที่ได้รับความ รู้สึกในทางบวกจากการให้การดูแลผู้ป่วย^{4,23-25} ซึ่ง ได้แก่ รู้สึกมีความสุขที่ได้ดูแลผู้อื่น มีทัศนคติที่ดี ต่อการดูแลผู้ป่วยในอนาคต รู้สึกว่าการดูแลทำให้ สัมพันธภาพระหว่างตนเองและผู้ป่วยมีความใกล้ชิด มากขึ้น เป็นโอกาสในการตอบแทนบุญคุณ รู้สึก ว่าตนเองมีความสามารถ เป็นที่ต้องการ และได้รับการชื่นชมจากบุคคลรอบข้าง

ภาวะเครียดและสภาพอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชีวิตของญาติผู้ดูแลที่

บ้านเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ และภาวะทางจิตใจของญาติผู้ดูแล จึงมีคนเรียก ญาติผู้ดูแลที่บ้านว่าเป็น "Hidden patient"²⁶⁻²⁷ และเมื่อพิจารณาถึงสิ่งต่างๆที่ญาติผู้ดูแลต้องรับผิดชอบ และบทบาทต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นว่ามีแนวโน้ม ที่จะทำให้ภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจถดถอย ลงตามลำดับ ซึ่งจะมีผลต่อความพึงพอใจในชีวิต และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลด้วย

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน

ประเด็นในการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiving research) ในต่างประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ เป็นหัวข้อการวิจัยที่ อยู่ในความสนใจโดยเฉพาะในระยะ 10-20 ปีที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากร และสังคม ตลอดจนการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุ ผู้ป่วย เรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องในบ้านและ ชุมชน สำหรับในประเทศไทยนับว่าเป็นระยะของ การเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในสภาพสังคมไทยก็ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องการการ ดูแลอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกัน จึงทำให้การวิจัยใน ญาติผู้ดูแลที่บ้านเป็นหัวข้อการวิจัยที่น่าสนใจ อีกกลุ่มหนึ่ง

จากรายงานการวิจัยและการทบทวนวรรณกรรม ที่ทำในต่างประเทศ⁴⁻⁶ พบว่า มโนคติที่นำมาศึกษาวิจัย เกี่ยวกับผู้ดูแลที่บ้านส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเกี่ยวกับ คุณลักษณะของญาติผู้ดูแล (Caregiver characteristics) ภาวะเครียด (Stress) ความต้องการการดูแล

(Caregiving demands) ภาระการดูแล (Care burden) การเผชิญปัญหา (Coping) การสนับสนุนทางสังคม (Social support) และภาวะสุขภาพ (Physical health) ตลอดจนการปรับตัวทางด้านจิตสังคม (Psychological adaptation) และการแสดงบทบาทหน้าที่ (Role function) กรอบแนวคิดและทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษาส่วนใหญ่เป็นกรอบแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญปัญหา เช่น ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัส (Lazarus Stress and Coping Model) ทฤษฎีความเครียดในครอบครัว (ABCX model of stress and social systems) นอกจากนี้ยังมีการใช้ทฤษฎีทางการแพทย์ ได้แก่ ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Model) และทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem Self-care deficit theory) หรือใช้ ทฤษฎีทางการแพทย์ร่วมกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาเป็นกรอบแนวคิดสำหรับการวิจัย ในระยะแรกของการวิจัยมักจะเป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่ออธิบายลักษณะของปรากฏการณ์ตามแนวคิดและมโนคติที่ศึกษา ในระยะต่อมาก็ได้มีการวิจัยเพื่อหาความสัมพันธ์และอำนาจในการทำนายของตัวแปรต่างๆต่อการปรับตัวของญาติผู้ดูแลในสถานการณ์การดูแลที่แตกต่างกัน เช่น ในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลมาจากโรคหรือข้อจำกัดในด้านการทำงานของร่างกายและในสถานการณ์ของความ ต้องการการดูแลที่มีผลมาจากความเป็ยงเบนของ

พฤติกรรม หรือความเสี่ยงทางสติปัญญา เป็นต้น และสำหรับในปัจจุบันได้มีความก้าวหน้าของการวิจัยเพื่อหาวิธีช่วยเหลือ หรือรูปแบบการช่วยเหลือ (Intervention research) ในการลดความเครียดหรือช่วยในการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ประเด็นปัญหาและข้อจำกัดที่ควรคำนึงในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แบ่งเป็น 3 ประเด็นใหญ่ๆ ได้แก่

1. การให้ความหมายหรือคำจำกัดความของญาติผู้ดูแลที่บ้านในแต่ละการวิจัยมีความแตกต่างกันอย่างมาก²⁸ หรือการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่รัดกุมพอ เช่น ถ้ากำหนดเกณฑ์การคัดเลือกเพียงแต่บอกว่า "เป็นญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านของผู้ป่วยเรื้อรัง" เท่านั้น ปัญหาที่เกิดขึ้น ก็คือความหลากหลายของกลุ่มตัวอย่างที่การวิจัยนั้นๆ ได้มา ซึ่งอาจรวมเอาบุคคลที่ถูกว่าจ้างด้วยเงินหรือรางวัลในการให้การดูแล หรืออาจจะได้ผู้ที่เป็นผู้ช่วยเหลือในกิจกรรมของผู้ป่วยเพียงบางส่วน (Secondary caregiver) ไม่ใช่บุคคลที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย (Primary caregiver) ปัญหาที่เกิดขึ้นดังกล่าวมีผลกระทบต่อตัวแปรหรือมโนคติที่ต้องการวัด เป็นต้นว่า ถ้าต้องการประเมินระดับความเครียดของญาติผู้ดูแล ก็มักพบว่ามึระดับความเครียดอยู่ในระดับต่ำหรือไม่เครียดเลย ทั้งนี้เป็นเพราะว่ามีปัจจัยอื่นที่ทำให้ผลที่วัดได้เปลี่ยนแปลงไป เช่น เป็นเพราะมีค่าจ้างรางวัลในการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ได้รับผิดชอบเต็มที่ในฐานะผู้ดูแลหลัก ดังนั้น การให้ความหมายหรือคำจำกัดความของ

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน ตลอดจนการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงดังที่เสนอไว้ในตอนต้นของบทความนี้

2. ข้อจำกัดในการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา²⁹ พบว่าในการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มักจะมีจำนวนไม่มาก เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มักจะเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้นของลักษณะผู้ป่วยเป็นอันดับแรก กล่าวคือต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วยเรื้อรังผู้นั้นมีความต้องการการดูแลที่ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้อยู่ในระดับใด แล้วจึงประเมินต่อไปว่าผู้ป่วยรายนั้นมีญาติผู้ดูแลที่บ้านหรือไม่ ถ้ามีจึงจะประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าเข้าเกณฑ์ของญาติผู้ดูแลที่บ้านตามที่กำหนดไว้ในการวิจัยนั้นๆ หรือไม่ นอกจากนี้ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างอาจเจาะจงเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาเข้าร่วมกลุ่มสัมพันธ์ที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล (Caregiver support group) ปัญหาก็คือญาติผู้ดูแลบางรายที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลจำนวนมาก ประกอบกับภาระงานส่วนตัวที่ต้องทำจึงอาจไม่มีโอกาสหรือเวลาเพียงพอที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าว มีผลทำให้การวิจัยนั้นๆ ได้กลุ่มตัวอย่างที่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีเวลาเข้ามาในกลุ่ม ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาที่แท้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรหรือมโนคติและ

วิธีการวัด ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า มโนคติที่ศึกษาในการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นมโนคติเกี่ยวกับความเครียด ภาระในการดูแล การเผชิญปัญหา และผลลัพธ์ในการปรับตัวในด้านต่างๆ และกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาจึงเกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญปัญหา ดังนั้นเครื่องมือที่นำมาใช้วัดมโนคติต่างๆ ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยควรพิจารณาในเรื่อง ความสอดคล้องของกรอบแนวคิดพื้นฐานของการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดมโนคติ นั้นๆ กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย ยกตัวอย่างเช่น ในการวัดการเผชิญปัญหา (Coping) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการวิจัยที่ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้วิจัยควรเลือกเครื่องมือวัดการเผชิญปัญหาที่ใช้กรอบแนวคิดของการสร้างเครื่องมือเช่นเดียวกับแนวคิดในการเผชิญปัญหาที่ปรากฏในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัส เนื่องจากการเผชิญปัญหาตามแนวคิดในทฤษฎีของลาซารัสถือว่าเป็นกระบวนการ (process) ไม่ใช่ "trait" หรือ "style" และต้องเป็น situational specific คือมีความจำเพาะสำหรับแต่ละสถานการณ์ ดังนั้น ปัญหาที่ควรพิจารณาต่อไปก็คือวิธีการวัด เพราะการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการ ข้อคำถามที่ใช้จึงไม่ควรเป็นในรูปแบบที่ว่า "ท่านเคยทำอะไรเมื่อเผชิญปัญหาจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน" วิธีการถามควรเน้นที่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆ ที่ผ่านมา ดังนั้น จะมีปัจจัยเรื่องเวลาเข้ามาเป็นตัวกำหนดอีกอย่างหนึ่ง คือให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ญาติผู้ดูแลที่บ้าน ตลอดจนการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างควรตั้งอยู่บนพื้นฐานของแนวคิดเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างแท้จริงดังที่เสนอไว้ในตอนต้นของบทความนี้

2. ข้อจำกัดในการสุ่มตัวอย่างและจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา²⁹ พบว่าในการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง และจำนวนของกลุ่มตัวอย่างที่ได้มักจะมีจำนวนไม่มาก เนื่องจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง มักจะเป็นไปตามข้อกำหนดเบื้องต้นของลักษณะผู้ป่วยเป็นอันดับแรก กล่าวคือต้องประเมินก่อนว่าผู้ป่วยเรื้อรังผู้นั้นมีความต้องการการดูแลที่ไม่สามารถปฏิบัติด้วยตนเองได้อยู่ในระดับใด แล้วจึงประเมินต่อไปว่าผู้ป่วยรายนั้นมีญาติผู้ดูแลที่บ้านหรือไม่ ถ้ามีจึงจะประเมินอีกครั้งหนึ่งว่าเข้าเกณฑ์ของญาติผู้ดูแลที่บ้านตามที่กำหนดไว้ในการวิจัยนั้นๆ หรือไม่ นอกจากนี้ การกำหนดกลุ่มตัวอย่างอาจเจาะจงเฉพาะญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่มาเข้าร่วมกลุ่มสัมพันธ์ที่จัดขึ้นเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการปรับตัวของญาติผู้ดูแล (Caregiver support group) ปัญหาก็คือญาติผู้ดูแลบางรายที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความต้องการการดูแลจำนวนมาก ประกอบกับภาระงานส่วนตัวที่ต้องทำจึงอาจไม่มีโอกาสหรือเวลาเพียงพอที่จะมาเข้าร่วมกลุ่มดังกล่าว มีผลทำให้การวิจัยนั้นๆ ได้กลุ่มตัวอย่างที่จำกัดเฉพาะผู้ที่มีเวลาเข้ามาเข้ากลุ่ม ซึ่งอาจจะไม่ได้เป็นตัวแทนของประชากรที่ศึกษาที่แท้จริง

3. เครื่องมือที่ใช้วัดตัวแปรหรือมโนคติและ

วิธีการวัด ดังกล่าวข้างต้นแล้วว่า มโนคติที่ศึกษาในการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านส่วนใหญ่เป็นมโนคติเกี่ยวกับความเครียด ภาระในการดูแล การเผชิญปัญหา และผลลัพธ์ในการปรับตัวในด้านต่างๆ และกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษาจึงเกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญปัญหา ดังนั้นเครื่องมือที่นำมาใช้วัดมโนคติต่างๆ ดังกล่าวจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยควรพิจารณาในเรื่อง ความสอดคล้องของกรอบแนวคิดพื้นฐานของการสร้างเครื่องมือเพื่อวัดมโนคติ นั้นๆ กับกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีที่นำมาใช้ในการวิจัย ยกตัวอย่างเช่น ในการวัดการเผชิญปัญหา (Coping) ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในการวิจัยที่ใช้ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัส เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ผู้วิจัยควรเลือกเครื่องมือวัดการเผชิญปัญหาที่ใช้กรอบแนวคิดของการสร้างเครื่องมือเช่นเดียวกับแนวคิดในการเผชิญปัญหาที่ปรากฏในทฤษฎีความเครียดและการเผชิญปัญหาของลาซารัส เนื่องจากการเผชิญปัญหาตามแนวคิดในทฤษฎีของลาซารัสถือว่าเป็นกระบวนการ (process) ไม่ใช่ "trait" หรือ "style" และต้องเป็น situational specific คือมีความจำเพาะสำหรับแต่ละสถานการณ์ ดังนั้น ปัญหาที่ควรพิจารณาต่อไปก็คือวิธีการวัด เพราะการเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการ ข้อคำถามที่ใช้จึงไม่ควรเป็นในรูปแบบที่ว่า "ท่านเคยทำอะไรเมื่อเผชิญปัญหาจากการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน" วิธีการถามควรเน้นที่สถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงๆ ที่ผ่านมา ดังนั้น จะมีปัจจัยเรื่องเวลาเข้ามาเป็นตัวกำหนดอีกอย่างหนึ่ง คือให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

ระลึกย้อนไปในเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หรือ 1 เดือนที่ผ่านมาว่า มีกิจกรรมหรือเหตุการณ์ใดที่ตนให้การดูแลผู้ป่วยแล้วเกิดความเครียดหนักถึงสถานการณ์นั้นไว้ในใจแล้วตอบคำถามที่ว่า "ท่านใช้วิธีการเผชิญปัญหาในเหตุการณ์นั้นๆ อย่างไร"

สำหรับการวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้านในประเทศไทยยังมีไม่มากนัก ดังนั้น ประเด็นปัญหาที่พบในการทำวิจัยเกี่ยวกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยในต่างประเทศที่น่าเสนอมาน่า อาจใช้เป็นข้อพิจารณาในการวางแผนทำวิจัยดังกล่าวในประเทศไทย นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังควรคำนึงถึงความแตกต่างในบริบททางสังคม (Social context) และวัฒนธรรมที่อาจมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยที่บ้านอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. Schulz R., Biegel D., Moryez, R., & Visintiner, P. Psychological paradigms of understanding caregiving. In Light, E. & Lebowitz, B.D (Eds.), **Alzheimer's disease treatment and family stress: Direction for research** Rockville: US Department of Health and Human Services, 1989.
2. Horowitz A. Family caregiving to the frail elderly. In Lawton & Maddox (Eds.) **Annual review of geriatrics and gerontology** New York: Springer, 1985.
3. Haley WE., Brown S.C., & Levine E.G. Family caregiver appraisals of patient behavioral disturbance in senile dementia. **Clinical Gerontologist**. 1987; 6:25-34.
4. Sirapo-ngam Y. Stress, caregiving Demands, and Coping of Spousal Caregivers of Parkinson's Patients. **Doctoral dissertation** University of Alabama at Birmingham, 1994.
5. Davis L.L. Building a science of caring for caregivers,

- Family and community Health**. 1992; 15:1-10.
6. Zarit S.H. Concepts and measures in family caregiving research. Paper presented at the conference on conceptual and methodological issues in family caregiving research, Toronto, 1990.
7. Selected Committee on Aging. **Exploring the myths: Caregiving in America**. Washington, DC: U.S. Governments Printing Office, 1988.
8. ชนิดา มณีวรรณ, เมรัย สุดจินดา, สมทรง จุไรทัศน์ และ วรณัณ นิลนัครา. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ดูแลที่บ้าน. **ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**, 2535
9. ชนิดา มณีวรรณ, สุนทร ภาณุทัต, เมรัย สุดจินดา, และ อุมภรณ์ ไพศาลสุทธิเดช. ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะลุกลามและผู้ดูแลที่บ้าน. **ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี**, 2536.
10. วิภาวรรณ ชะอุ่ม ภาวะในการดูแลและความผาสุกโดยทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพา วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
11. จันทร์เพ็ญ แซ่ห่วน ปัจจัยคัดสรรที่ทำนายความเหนื่อยหน่ายของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
12. กิตติกร นิลมานัต ความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยและวิธีการเผชิญภาวะเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการขณะพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
13. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา แบบจำลองเชิงสาเหตุของความเครียดในบทบาทของภรรยาผู้ป่วยเรื้อรังในฐานะผู้ดูแล วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
14. Wallhagen M.I. Caregiving demands: Their difficulty and effects on the well-being of the elderly caregivers. **Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An**

- International Journal**.1992; 6: 111-127.
15. Cantor M.H. Strain among caregivers: A study of experience in the United States. **The Gerontologist**.1983; 23: 517-604.
 16. George L.K. & Gwyther L.P. Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults.**The gerontologist** 1986; 26: 253-259.
 17. Oberst M.T. Gass K.A., & Ward S.E. Caregiving demands and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing**.1989; 12: 209-215.
 18. Killeen M. The influence of stress and coping on family care givers perceptions of health.**International Journal of Aging and Human Development**. 1990; 30:197-211
 19. Pearlin L.I.,Turner H.A., & Semple S.J. Coping and the mediation of caregiver stress. In Light, E. & Lebowitz, B. (Eds.) **Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research**. Washington,DC:National Institute of Mental Health, 1989.
 20. Given B.A., King S.K., Collins C., & Given C.W. Family caregivers of the elderly: Involvement and reaction to care. **Archives of Psychiatric Nursing**. 1988; 11: 281-288
 21. Pratt C.C., Schmall V.L., Wright S., & Cleland M. Burden and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients,**Family Relations**. 1985; 34: 27-33.
 22. Ramsey N.S. Caregiver coping with dementia: Relationships among patient characteristics caregivers' coping styles, and consequences of caregiving. **Doctoral dissertation**.University of Washington, 1990.
 23. Archbold P.G., Steward B., Greenlick M., & Harvath T. Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. **Research in Nursing & Health**. 1990; 13: 375-384.
 24. Motenko A.K. The frustrations, gratifications and well-being of dementia caregivers. **The Gerontologist**.1989; 29: 166-172.
 25. Reece D., Walz T., & Hageboeck H. Intergenerational care providers of non-institutionalized Frail elderly: Characteristics and consequences. **Journal of Gerontological Social Work**.1983; 5: 21-34
 26. Zarit S.H., Orr N.K., & Zarit J.M. The hidden victims of Alzheimer's disease: Families under stress. New York: New York University Press, 1985.
 27. Fengler A.P.,& Goodrich N. Wives of elderly disabled men: The hidden patients. **The Gerontologist**. 1979; 19: 175-183.
 28. Barer B. & Johnson C.A. A critique of caregiving literature. **The Gerontologist**.1990; 30: 26-28.
 29. Schulz R., Visintainer P. & Williamson G.M. Psychiatric and physical morbidity effects of caregiving. **Journal ofgerontology : PsychologicalSciences**. 1990; 45:181-191.

* Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University

Family caregiver: Concept and research issues.

Yupapin Sirapo-ngam* R.N., D.S.N.

Abstract Family caregiver has become the population of interest for the health care professional in Thailand. Caregivers' physical and psychological well-being can be effected by the caregiving demands from the relative whom they care. The demands from patient's physical disabilities, cognitive impairment, and personal demands make change and impact to the caregiver's life. These may cause stress and affect to health and well-being. Research issues related to caregiver in foreign countries can be used as a guide for consideration of research within the context of Thai culture.

Key words: family caregiver, caregiving demands, stress, coping, caregiving research issues

27. Fendler A.P. & Goodrich N. Wives of elderly disabled men: The hidden patients. *The Gerontologist* 1976; 16: 176-183.

28. Bahr B. & Johnson C.A. A study of caregiving in Alzheimer's disease. *The Gerontologist* 1990; 30: 26-28.

29. Schulz R., Williamson P., & Williamson G.M. Paying for long-term care: The impact of family and physical morbidity effects of caregiving. *Journal of Gerontology* 1991; 46: 181-191.

30. Horowitz A. Family caregiving to the frail elderly. In Lawton & Maddox (Eds.) *Annual review of geriatrics and gerontology* New York: Springer, 1985.

31. Haley WE., Brown S.C., & Levine E.G. Family caregiver appraisals of patient behavioral disturbance in senile dementia. *Clinical Gerontologist* 1987; 8: 25-34.

32. Sirapo-ngam Y. Stress, caregiving Demands, and Coping of Spousal Caregivers of Parkinson's Patients. Doctoral dissertation University of Mahidol at Saraburi, 1994.

19. Pearlin L., Turner H.A. & Semple S.J. Coping and the mediation of caregiver stress in light of the stress process model. *Journal of Health and Social Behavior* 1988; 69: 205-213.

20. Patti C.C., Schmall V.L., Wright S., & Cleland M. Coping and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family Relations* 1985; 34: 21-23.

21. Patti C.C., Schmall V.L., Wright S., & Cleland M. Coping and coping strategies of caregivers to Alzheimer's patients. *Family Relations* 1985; 34: 21-23.

22. Washagen M.I. Caregiving demands: Their difficulty and effects on the well-being of the elderly caregivers. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 1990; 4: 10-14.

23. Washagen M.I. Caregiving demands: Their difficulty and effects on the well-being of the elderly caregivers. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 1990; 4: 10-14.

24. Washagen M.I. Caregiving demands: Their difficulty and effects on the well-being of the elderly caregivers. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice: An International Journal* 1990; 4: 10-14.

* Department of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.