

การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

วาริสรา ลูวีระ

ภาควิชาเวชศาสตร์ชุมชน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Health Care for Caregivers of Patients with Terminal Illness

Varisara Luvira

Department of Community Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นงานที่หนัก อาจทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลจนไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป บุคลากรทางการแพทย์จึงควรตระหนักถึงความสำคัญของสุขภาพของผู้ดูแลโดยการรับฟัง ประเมินภาวะสุขภาพในด้านต่าง ๆ ให้ข้อมูลและให้คำปรึกษาที่เหมาะสม

คำสำคัญ: ผู้ดูแลผู้ป่วย, การดูแลสุขภาพ, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

Caregivers play significant roles in the end of life care but caring for patients at home is a hard working. Caregivers may be affected both physically and mentally leading to burdens and eventually burnout. Thus Healthcare providers should aware of caregivers health by listening, evaluate illness in various aspects, provide accurate informations and proper consultation.

Keywords: caregiver, health care, terminal illness

สรินกรินทร์เวชสาร 2556; 28(2): 266-70 • Srinagarind Med J 2013; 28(2): 266-70

บทนำ

ผู้ป่วยระยะสุดท้าย หมายถึง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถหายขาดจากโรคด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน และโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตในเวลาที่เกิดการณนี้ได้ เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง¹ ปัจจุบันวิทยาการทางการแพทย์เจริญก้าวหน้าทำให้ผู้ป่วยโรคมะเร็งในระยะที่ผู้ป่วยเคยมีโอกาสรอดเพียงเล็กน้อยสามารถมีชีวิตได้ยาวนานขึ้น อย่างไรก็ตาม ยังมีผู้ป่วยส่วนหนึ่งที่ป่วยหนักจนกระทั่งความรู้ทางการแพทย์ในปัจจุบันไม่สามารถยืดความตายได้² ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยเฉพาะในขณะที่อยู่ที่บ้าน บุคลากรทางการแพทย์จึงควรให้ความสำคัญกับสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย (caregiver's health) ก่อนเกิดการเหนื่อยล้าจากการดูแล (burden) จนกระทั่งไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป (burnout)³

ผลกระทบของการเจ็บป่วยระยะสุดท้ายต่อครอบครัวของผู้ป่วย

เมื่อมีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยและเสียชีวิต สมาชิกในครอบครัวจะได้รับผลกระทบทางจิตใจและสังคมทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย เนื่องจากมีความเศร้าโศกเสียใจที่จะต้องสูญเสียบุคคลที่เป็นที่รัก รวมถึงมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัว⁴ เช่น เดิมพ่อซึ่งมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว มีหน้าที่ทำงานหารายได้เข้าบ้าน เมื่อพ่อป่วยลูกสาวจึงต้องมีหน้าที่เป็นผู้ดูแล นอกเหนือจากหน้าที่เดิมที่ต้องเรียนหนังสือ โดยมีแม่เป็นหัวหน้าครอบครัวในการทำงานหารายได้แทน

ความเศร้าโศกเมื่อรู้ว่าจะมีการสูญเสีย (anticipatory grief) เกิดจากสมาชิกในครอบครัวจินตนาการล่วงหน้าเกี่ยวกับการเสียชีวิตของผู้ป่วย พยายามปกป้องผู้ป่วยจนมากเกินไปเพราะรู้สึกผูกพันกันมากขึ้นและอยากอยู่ใกล้ซิดให้มากที่สุด รวมทั้งมีความกลัวว่าผู้ป่วยจะเสียชีวิต รู้สึกกังวลและสิ้นหวัง บางครอบครัวมีความเศร้าโศกที่ฝังปอกติ

เช่น premature grief คือสมาชิกในครอบครัวถอยห่างจากปัญหาโดยทำตัวเสมือนว่าผู้ป่วยได้เสียชีวิตไปแล้ว จนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเหงา ถูกทอดทิ้ง⁴ บุคลากรทางการแพทย์ซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจึงควรมีความเข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวต่อความสูญเสีย ค้นหาความผิดปกติ และให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสม การเยี่ยมบ้านจึงเป็นหนึ่งในวิธีติดตามการดูแลครอบครัวของผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างมีประสิทธิภาพ⁵

ภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยและปัจจัยที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลผู้ป่วย (caregiver burden)

ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วย⁶ โดยมากจะเป็นคนที่มีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ มีหน้าที่ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย และให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน⁶ ผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่ายังไม่พร้อมในการดูแลผู้ป่วย⁷ เนื่องจากบางครั้งการเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยอาจเกิดขึ้นแบบกะทันหันหลังการเจ็บป่วยของสมาชิกในครอบครัว⁸ โดยที่ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้มีความรู้ความสามารถเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยตรง ไม่เคยมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย⁹ รวมทั้งยังมีภาระในด้านอื่น ๆ เช่น งาน การเงิน¹⁰ และผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนมีครอบครัวของตนเองที่ต้องดูแล จึงทำให้มีผู้ดูแลผู้ป่วยบางคนไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่นี้ได้⁶ นำมาซึ่งความทุกข์ของผู้ดูแล

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับผู้ป่วยได้ ทำให้การทำงานของแพทย์ง่ายขึ้น¹¹ แต่บางครั้งคนที่พาผู้ป่วยมาตรวจที่สถานพยาบาลไม่ใช่ผู้ดูแลผู้ป่วยตัวจริง นอกจากนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่บอกบุคลากรทางการแพทย์ตรง ๆ ในด้านความเหนื่อยล้าของตนเองจากการดูแลผู้ป่วย³ จึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่จะให้ความสำคัญและค้นหาปัญหาดังกล่าว

ผลกระทบจากความเหนื่อยล้าในการดูแลผู้ป่วย (caregiver burnout)

การดูแลผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลได้รับผลกระทบทั้งทางร่างกายและจิตใจ¹² ในด้านร่างกาย พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่ำลงและมีสุขภาพแย่กว่าประชากรทั่วไป¹³ ส่วนด้านจิตใจ พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ดูแลผู้ป่วยจะมีความเครียดทางอารมณ์¹⁴⁻¹⁶ เช่น กังวล^{14,15} นอนไม่หลับ^{14,17} เบื่ออาหาร¹² ซึมเศร้า^{15,18} เป็นต้น จากการศึกษาในรัฐออนตาริโอ ประเทศแคนาดา พบว่าเมื่อเปรียบเทียบความกังวลระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยกับประชากรทั่วไป พบว่าผู้ดูแลมีภาวะกังวล

ร้อยละ 17.5 ซึ่งมากกว่าประชากรทั่วไปซึ่งพบว่ามีภาวะกังวลร้อยละ 10.9¹⁹ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าสูงถึงร้อยละ 18-47 โดยผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้ามีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูง²⁰ และพบว่ามีการใช้ยาทางจิตเวชมากขึ้นในกลุ่มผู้ดูแล¹³

การที่ผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลมาก จะเพิ่มความเจ็บป่วยและอัตราการตายของผู้ดูแล ซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับความเครียดทางจิตใจหรืออารมณ์²¹ ผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูงจะรู้สึกเหงาและโดดเดี่ยว¹⁵ เมื่อความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสะสมเป็นระยะเวลา นานขึ้น อาจทำให้ผู้ดูแลล้าเกินกำลังและไม่สามารถดูแลผู้ป่วยได้อีกต่อไป เรียกว่า caregiver burnout^{3,22} ซึ่งเป็นภาวะเกิดขึ้นโดยที่ผู้ดูแลไม่รู้ตัว โดยผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยทั้งร่างกายและจิตใจ จนอาจทำให้ผู้ดูแลละทิ้งผู้ป่วยได้²² นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลที่มีความเหนื่อยล้าจากการดูแลในระดับสูง จะมีการปรับตัวได้ลำบากหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย²³

พบว่าความรู้สึกละอายหรือความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยในระดับที่สูงขึ้น มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในด้านความรุนแรงของอาการมากขึ้น อารมณ์เศร้ามากขึ้นและคุณภาพชีวิตลดลง²⁴ แต่ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถปรับตัวได้ มีความสงบในจิตใจ ผู้ป่วยจะมีสุขภาพกายและสุขภาพใจดีกว่าผู้ป่วยที่ผู้ดูแลไม่มีความสงบในจิตใจ²⁵

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย

1. **ความรู้** การศึกษาส่วนใหญ่พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเกิดจากการได้รับข้อมูลที่ ไม่เพียงพอ ทำให้เกิดการลองผิดลองถูก²⁶ และอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้¹⁵ โดยความรู้ที่ผู้ดูแลยังมีไม่เพียงพอ เช่น ความรู้เรื่องโรคของผู้ป่วย²⁷ วิธีการดูแลผู้ป่วย^{27,28} การให้ยา (ชนิด ข้อบ่งชี้ เวลา ผลข้างเคียง)²⁹ และการจัดการความปวดของผู้ป่วย (วิธีการให้ยา ผลข้างเคียงของยา)³⁰⁻³² โดยผู้ดูแลต้องการข้อมูลเหล่านี้จากบุคลากรทางการแพทย์^{7,9,27} พบว่าเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ จะช่วยลดความกังวล³³ และความกลัวของผู้ดูแล³⁴

2. **การสนับสนุนทางด้านจิตใจ** ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความต้องการการสนับสนุนด้านจิตใจจากบุคลากรทางการแพทย์²⁷ การช่วยให้ผู้ดูแลรับมือในสถานการณ์ที่ยาก ทำให้ลดความเครียดได้¹⁵

3. **การสนับสนุนทางสังคม** เช่น การมีญาติมาเยี่ยม มีเครือข่ายสังคมที่เข้มแข็ง พบว่าทำให้ความเหนื่อยล้าจากการดูแลของผู้ดูแลลดลง³⁵

บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์ในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในผู้ป่วยที่เป็นโรคที่คุกคามแก่ชีวิต โดยการป้องกันและบรรเทาความทรมานต่างๆ³⁶ ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย แต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ถูกลืม (hidden patients)³⁷ และความเครียดที่มากเกินไปของผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะถูกมองข้ามจากบุคลากรทางการแพทย์³⁸ บุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย ดังนี้

1. ให้การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยดูแลทั้งครอบครัว⁴
2. ค้นหาลำบากใจเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล พบว่าความเหนื่อยล้าของผู้ดูแลขึ้นกับหลายปัจจัย ได้แก่
 - 2.1 ด้านผู้ดูแล เช่น เพศ^{39,40}, อายุ^{39,40}, สถานภาพสมรส⁴⁰, สถานะการเงิน⁴¹, ปัญหาสุขภาพ³, ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย⁴²
 - 2.2 ด้านผู้ป่วย เช่น ระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพ³ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน⁴¹
 - 2.3 อื่น ๆ เช่น การสนับสนุนทางสังคม¹²
3. รับฟังปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย⁴
4. ประเมินจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยว่ามีคามผิดปกติหรือไม่^{4,15,43} เช่น ภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความวิตกกังวล ความโศกเศร้าที่ผิดปกติ เป็นต้น รวมถึงประเมินว่าผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลหรือไม่ มากน้อยเพียงใด¹⁵
5. ประเมินครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยว่ามีปัญหาหรือไม่⁴ เช่น ความขัดแย้งภายในครอบครัว¹⁴
6. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย^{4,44} เช่น ความรู้เกี่ยวกับโรค วิธีการดูแล เครื่องมือทางสังคม เป็นต้น รวมถึงการให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย⁴
7. แนะนำวิธีการรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ และให้คำปรึกษาในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นพบว่าเมื่อเกิดปัญหาในการดูแล หากผู้ดูแลรับมือโดยการแก้ไขที่ตัวปัญหา เช่น ปรึกษาแพทย์ จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลน้อยกว่าผู้ดูแลที่รับมือด้วยปฏิกิริยาทางอารมณ์ เช่น ร้องไห้หรือกล่าวโทษตนเอง¹⁵
8. แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมการสำหรับความตาย ช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเครียดที่ลดลงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย⁴⁵

9. แนะนำให้ผู้ดูแลหาเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ¹⁵ ออกกำลังกาย¹⁵ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์¹⁵ หาเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่ชอบทำ¹⁵ กล่าวขอความช่วยเหลือจากครอบครัว^{15,22} หากพบว่าตนเองมีความผิดปกติ เช่น กินลดลง นอนไม่หลับ ควรปรึกษาแพทย์^{15,22}

10. ติดตามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย หากมีการปรับตัวไม่ดีจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากขึ้น คุณภาพชีวิตแย่งลง ความพึงพอใจลดลง นำไปสู่กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล⁴⁶

สรุป

สุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นเรื่องสำคัญที่บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงเมื่อดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแล ซึ่งมีผลเสียทั้งต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งทางร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. Turk DC, Feldman CS. Noninvasive approaches to pain control in terminal illness: The contribution of psychological variables. *Hosp J* 1992; 8:1-2.
2. กิติพล นาควิโรจน์. Palliative Care คืออะไร?. เข้าถึงได้จาก : <http://thaifp.com/palliative/symptom/palliative/palliative.html>. [สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2555]
3. สายพิน หัตถ์รัตน, มนตรีรัตน์ จินดา, ดาริน จตุรภัทรพร, เบญจมา มานะทวีวัฒน์, ปณิธิ พูนเพชรรัตน์, เกียรติภูมิ สุทธิวงศ์ และคณะ. คู่มือการดูแลสุขภาพครอบครัว. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2553.
4. Grassi L. Bereavement in families with relatives dying of cancer. *Curr Opin Support Palliat Care* 2007; 1:43-9.
5. McWhinney IR, Freeman T. "Home care." In *Textbook of Family Medicine*. 3rd edition: Oxford University Press, 2009: 263-74.
6. Hauser JM, Kramer BJ. Family caregivers in palliative care. *Clin Geriatr Med* 2004; 20: 671-88.
7. Hudson P, Aranda S, McMurray N. Intervention development for enhanced lay palliative caregiver support - the use of focus groups. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2002; 11:262-70.
8. สันต์ใจยอดศิลป์. การเป็นผู้ดูแลคนป่วยเรื้อรัง (Caregiver). เข้าถึงได้จาก : <http://visitdrsant.blogspot.com/2010/07/caregiver.html>. [สืบค้นเมื่อ 5 ตุลาคม 2555]
9. Khan Joad AS, Mayamol TC, Chaturvedi M. What does the informal caregiver of a terminally ill cancer patient need? A study from a cancer centre. *Indian J Palliat Care* 2011; 17:191-6.

10. Waldrop D, Kramer B, Skretny JA, Milch RA, Finn W. Final transitions: family caregiving at the end of life. *J Palliat Med* 2005; 8:623-38.
11. Boling PA. *The Physician's Role in Home Health Care*. New York, NY: Springer Publishing Co; 1997.
12. Brazil K, Bedard M, Willison K. Bereavement adjustment and support among caregivers. *J Ment Health Aging* 2003; 9:193-204.
13. Grafstrom M, Fratiglioni L, Sandman PO, Winblad B. Health and social consequences for relatives of demented and non-demented elderly. A population-based study. *J Clin Epidemiol* 1992; 45:861-70.
14. Kissane DW, Bloch S, Burns WI, McKenzie D, Posterino M. Psychological morbidity in the families of patients with cancer. *Psychooncology* 1994.
15. Parks SM, Novielli KD. A practical guide to caring for caregivers. *Am Fam Physician* 2000; 62:2613-22.
16. Bevans M, Sternberg EM. Caregiving burden, stress, and health effects among family caregivers of adult cancer patients. *JAMA* 2012; 307:398-403.
17. Carter P. Bereaved caregivers descriptions of sleep: Impact on daily life and the bereavement process [Online exclusive]. *Oncol Nurs Forum* 2005; 32:70-75.
18. Wyatt GK, Friedman L, Given CW, Given BA. A profile of bereaved caregivers following provision of terminal care. *J Palliat Care* 1999; 15:13-25.
19. Cochrane JJ, Goering PN, Rogers JM. The mental health of informal caregivers in Ontario: an epidemiological survey. *Am J Public Health*. 1997; 87:2002-7.
20. Lawton MP, Moss M, Kleban MH, Glicksman A, Rovine M. A two-factor model of caregiving appraisal and psychological well-being. *J Gerontol Psychol Sciences*. 1991; 46:181-9.
21. chulz R, Beach SR. Caregiving as a risk factor for mortality. The Caregiver Health Effects Study. *JAMA* 1999; 282:2215-9.
22. Rando TA. The caregiver's personal concern. In: Rando TA, editors. *Grief, dying, and death : clinical intervention for caregivers*. Illinois: Research Press Company, 1984:417-43.
23. Bass DM, Bowman K. The transition from caregiving to bereavement: the relationship of care-related strain and adjustment to death. *Gerontologist* 1990; 30:35-42.
24. O'Hara RE, Hull JG, Lyons KD, Bakitas M, Hegel MT, Li Z, Ahles TA. Impact on caregiver burden of a patient-focused palliative care intervention for patients with advanced cancer. *Palliat Support Care* 2010; 8:395-404.
25. Ray A, Block SD, Friedlander RJ, Zhang B, Maciejewski PK, Prigerson HG. Peaceful awareness in patients with advanced cancer. *J Palliat Med* 2006; 9:1359-68.
26. Bee PE, Barnes P, Luker KA. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end-of-life care to people with cancer. *J Clin Nurs* 2009; 18:1379-93.
27. Lin WC, Tsao CJ. Information needs of family caregivers of terminal cancer patients in Taiwan. *Am J Hosp Palliat Care* 2004; 21:438-44.
28. Jansma FF, Schure LM, de Jong BM. Support requirements for caregivers of patients with palliative cancer. *Patient Educ Couns* 2005; 58:182-6.
29. Kasanowski M. Commitment to the end: family caregivers medication management of symptoms in patients with cancer near death. Dissertation, Boston, MA, 1998.
30. Docherty A, Owens A, Asadi-Lari M, Petchey R, Williams J, Carter YH. Knowledge and information needs of informal caregivers in palliative care: a qualitative systematic review. *Palliat Med* 2008; 22:153-71.
31. Aranda S, Yates P, Edwards H, Nash R, Skerman H, McCarthy A. Barriers to effective cancer pain management: a survey of Australian family caregivers. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2004; 13: 336-43.
32. Fine PG, Busch MA. Characterization of breakthrough pain by hospice patients and their caregivers. *J Pain Symptom Manage* 1998; 16:179-83.
33. Kessler D, Peters T, Lee L, Parr S. Social class and access to specialist palliative care services. *Palliat Med* 2005; 19:105-10.
34. Mazanec P, Bartel J. Family caregiver perspectives of pain management. *Cancer Pract* 2002; 10 Suppl 1:66-9.
35. Arit SH, Reeve KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-55.
36. World Health Organization. WHO. definition of palliative care [online]. available from <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>. [Cited October 19, 2012]
37. Andolsek KM, Clapp-Channing NE, Gehlbach SH, Moore I, Proffitt VS, Sigmon A, et al. Caregivers and elderly relatives: the prevalence of caregiving in a family practice. *Arch Intern Med* 1988; 148:2177-80.
38. Holtslander LF. Caring for bereaves caregivers: Analyzing the context of care. *Clin L Oncol Nurs* 2008; 12: 501-6.

39. Brazil K, Bedard M, Willison K. Correlates of health status for family caregivers in bereavement. *J Palliat Med* 2002; 5:849-55.
40. Kim H, Chang M, Rose K, Sunha Kim. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J Adv Nurs* 2012; 68:846-55.
41. Yoon H. Factors associated with family caregivers' burden and depression in Korea. *Int J Aging Hum Dev* 2003; 57:291-311.
42. Kris AE, Cherlin EJ, Prigerson H, Carlson MD, Johnson-Hurzeler R, Kasl SV, et al. Length of hospice enrollment and subsequent depression in family caregivers: 13-month follow-up study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2006; 14:264-9.
43. Candy B, Jones L, Drake R, Leurent B, King M. Interventions for supporting informal caregivers of patients in the terminal phase of a disease. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; (6): CD007617.
44. Hudson PL. How well do family caregivers cope after caring for a relative with advanced disease and how can health professionals enhance their support? *J Palliat Med* 2006; 9:694-703.
45. Hebert RS, Prigerson HG, Schulz R, Arnold RM. Preparing caregivers for the death of a loved one: a theoretical framework and suggestions for future research. *J Palliat Med* 2006; 9:1164-71.
46. Pearce MJ, Singer JL, Prigerson HG. Religious coping among caregivers of terminally ill cancer patients: main effects and psychosocial mediators. *J Health Psychol* 2006; 11:743-59.

