

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Articles

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง  
โรงพยาบาลศรีสะเกษ  
Prevalence and risk factors of depression in caregivers of palliative  
patients, Sisaket hospital

นริวรรณ เขียวอิม, พ.บ.\*

Nareewan Khiaw-im, M.D.\*

\*กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ ประเทศไทย 33000

\*Department of social medicine, Sisaket Hospital, Sisaket Province, Thailand, 33000

Corresponding author, E-mail address: knareewan@gmail.com

Received: 30 Jun 2025. Revised: 20 Sep 2025. Accepted: 31 Oct 2025.

บทคัดย่อ

- หลักการและเหตุผล** : ผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งเป็นภาระที่หนักอาจเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วย
- วัตถุประสงค์** : เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ
- วิธีการศึกษา** : การศึกษาเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ศึกษาในผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย และการทบทวนเวชระเบียน ข้อมูลทั่วไปและความชุกของภาวะซึมเศร้านำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชยฐานและช่วงควอไทล์ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องใช้การทดสอบแบบ exact probability test, t-test และ Mann-Whitney U test วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ด้วยวิธี univariable และ multivariable logistic regression
- ผลการศึกษา** : กลุ่มตัวอย่าง 110 คน มีภาวะซึมเศร้า 45 คน คิดเป็นความชุกร้อยละ 40.9 จากการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี multivariable logistic regression พบว่า ผู้ป่วยที่มีระดับ palliative performance scale (PPS)  $\leq$  50% (OR=2.905, 95%CI=1.088-7.752, p=0.033) และผู้ป่วยที่มีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป (OR=5.098, 95%CI=1.377-18.880, p=0.015) สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ
- สรุปผล** : ภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยประคับประคองเกิดขึ้นได้ค่อนข้างมาก สัมพันธ์กับภาวะพึ่งพิงและอาการของผู้ป่วย จึงควรมีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล รวมถึงการจัดการอาการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ เพื่อลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลและให้การช่วยเหลืออย่างเหมาะสม
- คำสำคัญ** : ภาวะซึมเศร้า ผู้ดูแล ผู้ป่วยประคับประคอง การดูแลแบบประคับประคอง

## ABSTRACT

- Background** : Caregivers of palliative patients have an important role in caring for patients to ensure their quality of life. This heavy burden may lead to depression in caregivers, which will affect the quality of care.
- Objective** : To study the prevalence and factors associated with depression among Caregivers of palliative patients at Sisaket Hospital.
- Methods** : This study was a cross-sectional study, to study caregivers of palliative patients who visited palliative outpatient clinics at Sisaket Hospital, aged 18 years and older, and cared for patients for 2 weeks or more. Data were collected using an interview form, the Thai version of the PHQ-9 depression test, and a review of medical records. Personal data and prevalence of depression were analyzed using descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation, median, and interquartile range. Relevant factors were analyzed using exact probability tests, t-tests, and Mann-Whitney U tests, univariable and multivariable logistic regression.
- Results** : Of the 110 subjects, 45 had depression, a prevalence of 40.9 percent. The multivariable logistic regression analysis found that patients with a palliative performance scale (PPS) Less than or equal to 50% (OR=2.905, 95%CI=1.088-7.752, p=0.033) and patients with pain scores of 4 or more (OR=5.098, 95%CI=1.377-18.880, p=0.015) were significantly associated with depression in caregivers.
- Conclusions** : Depression in caregivers of palliative patients is quite common and is related to the patient's dependency and symptoms. Therefore, screening for depression in caregivers and managing patient symptoms effectively should be conducted to reduce the chances of depression in caregivers and to provide appropriate assistance.
- Keywords** : Depression, Caregiver, Palliative patient, Palliative care.

## หลักการและเหตุผล

องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองประมาณ 56.8 ล้านคนต่อปี<sup>(1)</sup> ในประเทศไทย จากรายงานสถิติรายปีประเทศไทยปี พ.ศ.2567 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ สาเหตุการตายในปี พ.ศ. 2563-2565 อันดับแรก คือ โรคมะเร็ง โดยมีอัตราการตายจากโรคมะเร็งต่อประชากรแสนคน คือ 129.5 128.5 และ 127.5 ตามลำดับ<sup>(2)</sup>

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลโดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิต ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางทั้งทางด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ การวางแผนการดูแลล่วงหน้า การจัดการอาการเมื่อเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต รวมถึงให้การสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver) และติดตามภาวะหลังการสูญเสีย (Bereavement)<sup>(1)</sup> แต่ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยแบบ

ระดับประคองจะเน้นการจัดการอาการไม่สุขสบายต่างๆ ของผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบสุขและสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ แต่อาจละเลยผู้ดูแลซึ่งมีหน้าที่ดูแลผู้ป่วย จัดการอาการที่ไม่สุขสบายให้ผู้ป่วยให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจต่อผู้ป่วยและตัดสินใจแทนผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้<sup>(3)</sup> จนทำให้ผู้ดูแลอาจไม่มีเวลาที่จะดูแลตนเองทั้งทางกาย จิตและสังคม ในขณะที่สมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ก็อาจให้ความสำคัญกับผู้ป่วยจนละเลยผู้ดูแลผู้ป่วยเช่นกัน

ผู้ดูแลผู้ป่วยอาจประสบปัญหาด้านการนอนหลับ ความเครียด ความวิตกกังวล มีภาวะซึมเศร้า และอาจเกิดปัญหาภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล จนเกิดภาวะหมดไฟในการดูแลผู้ป่วยตามมาได้<sup>(4)</sup> การศึกษาความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองมีค่าแตกต่างกันไป โดยพบได้ตั้งแต่ร้อยละ 27-50<sup>(5-7)</sup> การศึกษาในประเทศไทยไม่พบปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ในขณะที่การศึกษาในต่างประเทศพบว่าระดับการพึ่งพิงของผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล ผู้ดูแลเพศหญิง คู่สมรส การว่างงาน โรคประจำตัว คุณภาพการนอนและปัญหาทางการเงิน<sup>(7)</sup> เพศของผู้ป่วย ชนิดของมะเร็งและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยก่อนหน้า<sup>(8)</sup> สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล

ผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า ในรายที่รุนแรงอาจเกิดความคิดอยากฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีความเสี่ยงการถูกละเลย การดูแลจากผู้ดูแล<sup>(9)</sup> ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลง และเพิ่มอัตราการนอนโรงพยาบาล

ศูนย์ป็นรักษา โรงพยาบาลศรีสะเกษ ให้การดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โดยให้บริการทั้งการรับปรึกษาผู้ป่วยในจากต่างแผนกในโรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ป่วยนอก ให้การดูแลผู้ป่วยในเขตอำเภอเมืองศรีสะเกษ และผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนจากอำเภออื่น ๆ เยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมถึงให้การดูแลผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยชิวาภิบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต โดยมีจำนวนผู้ป่วยระดับประคองในปีงบประมาณ 2565-2567 คือ 1,489 คน 1,451 คน และ 1,612 คน ตามลำดับ คลินิก

การดูแลผู้ป่วยแบบประคองประคอง ให้บริการ 2 วันต่อสัปดาห์ ซึ่งการให้บริการยังไม่มี การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งหากผู้ดูแลเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพ เกิดภาวะซึมเศร้า ย่อมส่งผลในการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้ไม่ได้รับการจัดการอาการอย่างเหมาะสม

นอกจากนี้การศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองยังมีจำกัด ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในพื้นที่ที่มีบริบทที่แตกต่างจาก จังหวัดศรีสะเกษ ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง เพื่อทราบสถานการณ์ของปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อวางแผนการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

## วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ

## ระเบียบวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกการดูแลผู้ป่วยแบบประคอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวนทั้งสิ้น 110 คน ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2568 ถึงวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2568 มีเกณฑ์การคัดเลือกคือ 1. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป 2. ให้การดูแลผู้ป่วยมาแล้วตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไป และ 3. สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และมีเกณฑ์การคัดออก คือ ผู้ดูแลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคทางด้านจิตเวชอยู่เดิมและผู้ดูแลที่ปฏิเสธเข้าร่วมการศึกษา

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง จากการทบทวนวรรณกรรมพบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ร้อยละ 49.4<sup>(5)</sup> กำหนดระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ความคาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 0.1 โดยใช้สูตรในการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{Z_{\alpha}^2 P(1-P)}{d^2}$$

คำนวณกลุ่มตัวอย่าง  $n = 96.02$  ใช้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 97 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างประชากรทั้งหมด (Total sampling)

## นิยามศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยระดับประคอง หมายถึง ผู้ป่วยที่มีสภาวะของโรคที่อยู่ในระยะลุกลามหรือรุนแรง (advance disease) รวมไปถึงจนถึงสภาวะที่สมรรถนะของร่างกายถดถอย มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายและมีแนวโน้มที่จะเสียชีวิตในอีก 1 ปี ซึ่งรวมถึงโรคมะเร็ง โรคทางระบบประสาท โรคไตเรื้อรัง โรคหัวใจ โรคปอด โรคตับ<sup>(10)</sup>

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลบุคคลอื่นซึ่งไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยมะเร็ง ผู้ดูแลอาจแบ่งได้เป็น ผู้ดูแลแบบเป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่ได้รับการฝึกเพื่อมาให้การดูแลผู้อื่นโดยเฉพาะ และผู้ดูแลแบบไม่เป็นทางการ หมายถึง ผู้ดูแลที่ไม่ได้รับการฝึกให้เป็นผู้ดูแล ส่วนใหญ่มักเป็นญาติของผู้ป่วย เช่น คู่ครอง ลูก หลาน เป็นต้น<sup>(4)</sup>

ผู้ดูแลหลัก หมายถึง ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ มักใช้ชีวิตอยู่กับผู้ป่วย<sup>(4)</sup>

การสนับสนุนทางการเงิน หมายถึง การได้รับการช่วยเหลือด้านการเงินทั้งจากบุคคลอื่น องค์กรของรัฐ และเอกชน เพื่อใช้ในการดูแลผู้ป่วยและการดำรงชีพของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร ช่วยให้ผู้ดูแลเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม<sup>(11)</sup>

การสนับสนุนทางการแพทย์ หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือด้านการดูแลผู้ป่วยจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงการได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์จากหน่วยงานด้านการแพทย์

## เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมวิจัย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว รายได้เฉลี่ยของผู้ดูแลและครอบครัว ความพอเพียงของรายได้ จำนวนผู้ดูแลผู้ป่วยบุคคลอื่นที่อยู่ในการดูแลของผู้ดูแล ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วยนับตั้งแต่ผู้ดูแลเริ่มดูแลผู้ป่วยจนถึงวันเก็บข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วย ความมั่นใจในการดูแล การได้รับการสนับสนุนทางการเงิน สังคมและการแพทย์

2. แบบทดสอบภาวะซึมเศร้า PHQ-9 ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ เกี่ยวกับอาการที่ผู้เข้าร่วมวิจัยมีในช่วง 2 สัปดาห์ ให้คะแนนตามความบ่อยของการเกิดอาการ จาก 0-3 คะแนน โดยคะแนนรวม < 7 แปลว่าไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า คะแนนตั้งแต่ 7 คะแนนขึ้นไปแปลว่ามีอาการของโรคซึมเศร้า มีค่า Cronbach's alpha = 0.79<sup>(12)</sup>

สัมภาษณ์โดยผู้ช่วยวิจัยที่ได้ประชุมทำความเข้าใจของแบบสัมภาษณ์มาแล้ว

3. ข้อมูลผู้ป่วยได้จากการทบทวนเวชระเบียน ได้แก่ เพศ อายุ สิทธิการรักษา การวินิจฉัย ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัย โดยนับตั้งแต่วันที่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคที่ทำให้เข้าสู่อการดูแลแบบประคองประคองจนถึงวันเก็บข้อมูล ระดับ Palliative Performance Scale หรือ PPS<sup>(13)</sup> การประเมินอาการตาม Edmonton Symptom Assessment System หรือ ESAS<sup>(14)</sup> และการได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)

## จริยธรรมวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ เลขที่ 008/2568 วันที่ 19 มีนาคม พ.ศ.2568

## การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้วิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลนำเสนอเป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐานและช่วงควอไทล์ การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่เป็นตัวแปรไม่ต่อเนื่องใช้การทดสอบแบบ exact probability test ตัวแปรที่เป็นค่าต่อเนื่องใช้ t-test หรือ Mann-Whitney U test ตามลักษณะการกระจายของข้อมูล วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์และควบคุมตัวแปรกวนด้วยวิธี univariable และ multivariable logistic regression นำเสนอระดับความสัมพันธ์และช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% confidence interval) โดยใช้ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$

## ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 110 คน มีภาวะซึมเศร้า 45 คน (ร้อยละ 40.9) ไม่มีภาวะซึมเศร้า 65 คน (ร้อยละ 59.1) เมื่อจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลพบว่า ปัจจัยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ คือ ปัจจัยด้านผู้ดูแล ได้แก่ ความพอเพียงของรายได้ผู้ดูแล ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 88.9 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 64.1 ( $p = 0.004$ ) ความพอเพียงของรายได้ครอบครัว ในกลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 76.4 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีรายได้ครอบครัวไม่เพียงพอ ร้อยละ 69.2 ( $p = 0.041$ ) ความเพียงพอของรายได้ของผู้ดูแลและครอบครัว ประเมินโดยผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลมีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย กลุ่มที่มีภาวะซึมเศร้ามีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่น ร้อยละ 68.9 กลุ่มที่ไม่มีภาวะซึมเศร้ามีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่น ร้อยละ 47.7 ( $p = 0.033$ ) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ปัจจัยของผู้ดูแลจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ปัจจัยของผู้ดูแล	มีภาวะซึมเศร้า n = 45	ไม่มีภาวะซึมเศร้า n = 65	p-value
อายุ, mean $\pm$ SD	45.9 $\pm$ 12.8	48.2 $\pm$ 12.8	0.359
เพศหญิง	37 (82.2%)	53 (81.5%)	1.000
สถานภาพสมรส			0.510
โสด	14 (31.1%)	17 (26.2%)	
สมรส	27 (60.0%)	40 (61.5%)	
หม้าย	2 (4.4%)	7 (10.8%)	
หย่า/แยกกันอยู่	2 (4.4%)	1 (1.5%)	
ระดับการศึกษาสูงสุด			0.834
ไม่ได้เรียน	3 (6.7%)	1 (1.5%)	
ประถมศึกษา	15 (15.0%)	19 (29.2%)	
มัธยมศึกษาตอนต้น	5 (11.1%)	6 (9.2%)	
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11 (24.4%)	18 (27.7%)	
อนุปริญญา	1 (2.2%)	3 (4.6%)	
ปริญญาตรี	9 (20.0%)	15 (23.1%)	
สูงกว่าปริญญาตรี	1 (2.2%)	3 (4.6%)	

ตารางที่ 1 ปัจจัยของผู้ดูแลจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ต่อ)

ปัจจัยของผู้ดูแล	มีภาวะซึมเศร้า (n = 45)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 65)	p-value
<b>อาชีพ</b>			0.210
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	3 (6.7%)	3 (4.6%)	
เกษตรกร	24 (53.3%)	25 (38.5%)	
รับจ้างทั่วไป	7 (15.6%)	14 (21.5%)	
ข้าราชการ	4 (8.9%)	9 (13.6%)	
ธุรกิจส่วนตัว	2 (4.4%)	11 (16.9%)	
ลูกจ้างประจำ (รัฐ/เอกชน)	3 (6.7%)	1 (1.5%)	
อื่น ๆ	2 (4.4%)	2 (3.1%)	
<b>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย</b>			0.991
คู่สมรส	7 (15.6%)	10 (15.4%)	
ลูก	24 (53.3%)	32 (49.2%)	
หลาน	7 (15.6%)	12 (18.5%)	
พี่น้อง	5 (11.1%)	7 (10.8%)	
บิดามารดา	1 (2.2%)	3 (4.6%)	
อื่น ๆ	1 (2.2%)	1 (1.5%)	
<b>มีโรคประจำตัว</b>	12 (26.7%)	12 (18.5%)	0.834
รายได้ของผู้ดูแล (บาท), median (IQR)	5,000 (4,000-14,000)	7,500 (4,000-15,000)	0.225 <sup>‡</sup>
รายได้ของผู้ดูแลไม่เพียงพอ	40 (88.9%)	41 (64.1%)	0.004 <sup>†</sup>
รายได้ของครอบครัว (บาท), median (IQR)	10,000 (5,000-17,000)	10,000 (7,000-23,900)	0.113 <sup>‡</sup>
รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ	39 (76.4%)	45 (69.2%)	0.041 <sup>*</sup>
<b>จำนวนผู้ดูแลทั้งหมด</b>			0.511
1-2 คน	35 (77.8%)	46 (70.8%)	
มากกว่า 2 คน	10 (22.2%)	19 (29.2%)	
<b>เป็นผู้ดูแลหลัก</b>	37 (82.2%)	54 (83.1%)	1.000
<b>อาศัยอยู่กับผู้ป่วย</b>	37 (82.2%)	56 (86.2%)	0.601
<b>มีการที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย</b>	31 (68.9%)	31 (47.7%)	0.033 <sup>*</sup>
<b>ระยะเวลาที่เริ่มดูแลผู้ป่วย (สัปดาห์), median (IQR)</b>	28 (16-56)	52 (12-104)	0.659 <sup>‡</sup>
<b>จำนวนวันที่ดูแลผู้ป่วย</b>			0.583
น้อยกว่า 7 วันต่อสัปดาห์	5 (11.1%)	11 (16.9%)	
7 วันต่อสัปดาห์	40 (88.9%)	54 (83.1%)	
<b>ชั่วโมงต่อวันที่ดูแลผู้ป่วย</b>			0.436
0 - 8 ชั่วโมง	18 (40.0%)	32 (49.2%)	
มากกว่า 8 ชั่วโมง	27 (60.0%)	33 (50.8%)	

\*P&lt;0.05, †P&lt;0.01, ‡Mann-Whitney Utest

**ตารางที่ 1** ปัจจัยของผู้ดูแลจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ต่อ)

ปัจจัยของผู้ดูแล	มีภาวะซึมเศร้า (n = 45)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 65)	p-value
ชั่วโมงต่อวันที่ได้นอนพักผ่อน, mean ± SD	7.3 ± 2.7	7.4 ± 2.3	0.891
มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน	9 (20.0%)	21 (32.3%)	0.193
ความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย			0.134
น้อย - ปานกลาง	36 (80.0%)	43 (66.2%)	
มาก	9 (20.0%)	22 (33.8%)	
ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน	12 (26.7%)	20 (30.8%)	0.675
ได้รับการสนับสนุนทางสังคม	17 (37.8%)	27 (41.5%)	0.843
ได้รับการสนับสนุนทางการแพทย์	31 (68.9%)	45 (69.2%)	1.000

\*p<0.05, †p<0.01, ‡Mann-Whitney U test

ปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าและไม่มีภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับ palliative performance scale (PPS) ≤ 50% ในกลุ่มผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้าดูแลผู้ป่วยที่มีระดับ palliative performance scale (PPS) ≤ 50% ร้อยละ 75.6 กลุ่มที่ผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้าดูแลผู้ป่วยที่มีระดับ palliative performance scale (PPS) ≤ 50%

ร้อยละ 47.7 (p=0.005) ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ในกลุ่มที่ผู้ดูแลมีภาวะซึมเศร้าดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 88.9 กลุ่มที่ผู้ดูแลไม่มีภาวะซึมเศร้าดูแลผู้ป่วยที่มีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปร้อยละ 63.1 (p=0.004) ส่วนอาการอื่น ๆ ผู้ป่วยที่มีอาการ (≥ 1 คะแนน) ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญในผู้ดูแลทั้ง 2 กลุ่ม (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ปัจจัยของผู้ป่วยระดับประคองจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล

ปัจจัยของผู้ป่วย	มีภาวะซึมเศร้า (n = 45)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 65)	p-value
ผู้ป่วยเพศหญิง	25 (55.6%)	34 (52.3%)	0.846
อายุของผู้ป่วย (ปี), mean ± SD	67.2 ± 10.0	67.1 ± 13.5	0.953
สิทธิการรักษา			0.371
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	37 (82.2%)	46 (70.8%)	
ประกันสังคม	0 (0.0%)	3 (4.6%)	
ข้าราชการ	7 (15.6%)	12 (18.5%)	
เบิกต้นสังกัด (หน่วยงานอื่น)	1 (2.2%)	4 (6.2%)	
วินิจฉัยโรคมะเร็ง	45 (100.0%)	63 (96.9%)	1.000
วินิจฉัยโรคมะเร็งระยะแพร่กระจาย	32 (71.1%)	45 (71.4%)	1.000
ระยะเวลาตั้งแต่วินิจฉัย (สัปดาห์), median (IQR)	24 (8-68)	40 (12-76)	0.659†
Palliative performance scale (PPS)			
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 50%	34 (75.6%)	31 (47.7%)	0.005*
มากกว่า 50%	11 (24.4%)	34 (52.3%)	

\*p<0.01, †Mann-Whitney U test

**ตารางที่ 2** ปัจจัยของผู้ป่วยระดับประคองจำแนกตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (ต่อ)

ปัจจัยของผู้ป่วย	มีภาวะซึมเศร้า (n = 45)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n = 65)	p-value
<b>อาการของผู้ป่วย</b>			
ปวด ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป	40 (88.9%)	41 (63.1%)	0.004*
หอบเหนื่อย	13 (28.9%)	21 (32.3%)	0.834
คลื่นไส้อาเจียน	4 (8.9%)	5 (7.7%)	1.000
อ่อนเพลีย	12 (26.7%)	23 (35.4%)	0.407
วิตกกังวล	3 (6.7%)	5 (7.7%)	1.000
ง่วงซึม	2 (4.4%)	2 (3.1%)	1.000
เบื่ออาหาร	13 (28.9%)	15 (23.1%)	0.512
ซึมเศร้า	3 (6.7%)	0 (0.0%)	0.066
ไม่สบายกายและใจ	5 (11.1%)	2 (3.1%)	0.120
<b>มีการวางแผนการดูแลล่วงหน้า</b>	22 (48.9%)	25 (38.5%)	0.329

\*p<0.01, †Mann-Whitney U test

นำแต่ละปัจจัยมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยวิธี univariable logistic regression พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ รายได้ของผู้ดูแลไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 4.488 เท่า (95%CI=1.554-12.962, p=0.006) รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.889 เท่า (95%CI=1.054-7.916, p=0.039) มีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.429 เท่า (95%CI=1.095-5.389, p=0.029) ผู้ป่วยมีระดับ palliative performance scale (PPS) ≤ 50%

ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 3.390 เท่า (95%CI=1.469-7.822, p=0.004) ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 4.683 เท่า (95%CI=1.626-13.481, p=0.004) ปัจจัยอื่น ๆ คือ ผู้ดูแลเพศหญิง ผู้ดูแลที่อายุน้อยกว่า ผู้ดูแลที่ไม่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยมาก่อน ผู้ดูแลที่มีความมั่นใจในการดูแลน้อย-ปานกลาง ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยโรคของผู้ป่วยสั้นกว่า และ ผู้ป่วยที่ไม่สบายกายและใจ มีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

**ตารางที่ 3** ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลโดยการวิเคราะห์แบบ univariable logistic regression

ปัจจัย	Odds Ratio [95%CI]	p-value
เพศหญิง	1.047 [0.390 - 2.813]	0.927
อายุ	0.986 [0.956 - 1.016]	0.356
รายได้ของผู้ดูแลไม่เพียงพอ	4.488 [1.554 - 12.962]	0.006 <sup>†</sup>
รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ	2.889 [1.054 - 7.916]	0.039*
มีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย	2.429 [1.095 - 5.389]	0.029*
ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก่อน	1.909 [0.779 - 4.679]	0.157
ความมั่นใจในการดูแลน้อย - ปานกลาง	2.047 [0.838 - 4.999]	0.116
ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค	0.995 [0.989 - 1.001]	0.085
PPS ≤ 50 %	3.390 [1.469 - 7.822]	0.004 <sup>†</sup>
ปวด ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป	4.683 [1.626 - 13.481]	0.004 <sup>†</sup>
ไม่สบายกายและใจ	3.938 [0.729 - 21.276]	0.111

\*p<0.05, †p<0.01

เมื่อนำปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลด้วยวิธี univariable logistic regression มาวิเคราะห์ด้วยวิธี multivariable logistic regression พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล ได้แก่ ผู้ป่วยมีระดับ palliative performance scale (PPS)  $\leq$  50% ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.905 เท่า (95%CI=1.088-7.752, p=0.033) ผู้ป่วยมี

อาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 5.098 เท่า (95%CI=1.377-18.880, p=0.015) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ รายได้ของผู้ดูแลไม่เพียงพอ มีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วยและผู้ป่วยที่ไม่สบายกายและใจ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลโดยการวิเคราะห์แบบ multivariable logistic regression

ปัจจัย	Odds Ratio [95%CI]	p-value
เพศหญิง	0.703 [0.188 - 2.627]	0.601
อายุ	0.969 [0.930 - 1.010]	0.134
รายได้ของผู้ดูแลไม่เพียงพอ	9.615 [0.602 - 153.641]	0.109
รายได้ของครอบครัวไม่เพียงพอ	0.231 [0.015 - 3.512]	0.291
มีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย	2.440 [0.924 - 6.446]	0.072
ไม่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยมาก่อน	1.871 [0.580 - 6.033]	0.294
ความมั่นใจในการดูแลน้อย - ปานกลาง	1.802 [0.602 - 5.390]	0.292
ระยะเวลาในการวินิจฉัยโรค	0.997 [0.991 - 1.004]	0.419
PPS $\leq$ 50 %	2.905 [1.088 - 7.752]	0.033*
ปวด ตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป	5.098 [1.377 - 18.880]	0.015*
ไม่สบายกายและใจ	5.067 [0.647 - 39.687]	0.122

\*p<0.05

## อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองร้อยละ 40.9 ใกล้เคียงกับการศึกษาของพิมพ์ชนก สุรินทร์<sup>(5)</sup> และการศึกษาของ Geng HM<sup>(7)</sup> ในการศึกษาที่ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 เช่นเดียวกับการศึกษานี้ มีการศึกษาของ Chan LM<sup>(15)</sup> ทำการศึกษาในฮ่องกง พบความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามร้อยละ 37.1 ซึ่งใกล้เคียงกันกับการศึกษานี้เนื่องจากลักษณะผู้ป่วยมีความใกล้เคียงกันคือเป็นผู้ป่วยมะเร็งแต่ขัดแย้งกับการศึกษาของวิษณุ มงคลคำ<sup>(16)</sup> ซึ่งพบภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ร้อยละ 5.6 อาจเกิดลักษณะของผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ไม่ใช่ผู้ป่วยมะเร็งซึ่งมีระยะเวลาในการดำเนินโรคและอาการแตกต่างจากผู้ป่วยมะเร็ง ส่งผลให้เกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลแตกต่างกัน จะเห็นได้ว่าแนวโน้มของภาวะซึมเศร้าใน

ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองค่อนข้างสูง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงถูกละเลยจากผู้ดูแล<sup>(9)</sup> ทำให้ประสิทธิภาพการดูแลลดลง และอาจความคิดฆ่าตัวตาย จึงควรมีการคัดกรองและค้นหาผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า รวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงเพื่อร่วมดูแลและลดโอกาสเกิดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นตามมาจากภาวะซึมเศร้า

ผู้ป่วยมีระดับ palliative performance scale (PPS)  $\leq$  50% ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 2.905 เท่า (95%CI=1.088-7.752, p=0.033) ผู้ป่วยที่มีระดับ palliative performance scale (PPS)  $\leq$  50% คือผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำงานได้เลย เนื่องจากการลุกลามของโรค และต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแลมากขึ้น<sup>(13)</sup> จากการศึกษาในต่างประเทศของ Alvarado M<sup>(17)</sup> มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลและภาวะพึ่งพิงของผู้ป่วย กล่าวคือ

ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงมากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลมากขึ้น ดังนั้นควรมีการคัดกรองและติดตามการเกิดภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลในผู้ป่วยที่มีระดับ palliative performance scale (PPS) ลดลง โดยเฉพาะเมื่อระดับ palliative performance scale (PPS)  $\leq 50\%$  เพื่อค้นหาความต้องการของผู้ดูแลและให้การช่วยเหลือ ย่อมส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ดูแลและส่งผลต่อประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยระดับประคอง ผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ผู้ดูแลมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่า 5.098 เท่า (95%CI=1.377-18.880,  $p=0.015$ ) การศึกษาในต่างประเทศของ Basol N<sup>(18)</sup> แม้ว่าจะไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยที่มีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป และภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญแต่มีแนวโน้มคือผู้ป่วยที่มีอาการปวดมาก ผู้ดูแลมีแนวโน้มจะเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากขึ้น ส่วนการศึกษาของพิมพ์ชนก สุนทร<sup>(5)</sup> ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างอาการปวดและภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล อาการปวดเป็นอาการที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยระยะท้ายมีอุบัติการณ์ ร้อยละ 71<sup>(19)</sup> ซึ่งอาจมีหลายสาเหตุส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความทุกข์ทรมานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดวิตกกังวล เนื่องจากไม่สามารถจัดการอาการให้ผู้ป่วยได้ และอาจทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าตามมาได้ ดังนั้นการจัดการอาการปวดให้มีประสิทธิภาพจึงช่วยลดความทุกข์ทรมาน เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะท้าย ลดภาระของผู้ดูแลและลดโอกาสการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้

ส่วนปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ รายได้ของผู้ดูแล ไม่เพียงพอ ผู้ดูแลมีภาระที่ต้องดูแลผู้อื่นนอกจากผู้ป่วย และผู้ป่วยไม่มีความสบายกายและใจ แม้ว่าการศึกษานี้จะไม่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแล แต่เพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลสูง จากการศึกษาของวิษณุ<sup>(16)</sup> พบว่าผู้ดูแลที่มีรายได้น้อยมีแนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าแต่ไม่มีนัยสำคัญเช่นเดียวกัน แต่การศึกษาของ Geng HM<sup>(7)</sup> พบว่าปัญหาทางการเงินสัมพันธ์กับเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ ดังนั้นผู้ดูแลที่มีปัจจัยเหล่านี้ อาจจะต้องเฝ้าระวังการเกิดภาวะซึมเศร้าในอนาคต

## สรุป

จากการศึกษาเรื่องความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง โรงพยาบาลศรีสะเกษ จากกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 110 คน พบความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองร้อยละ 40.9 ปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ผู้ป่วยมีระดับ palliative performance scale (PPS)  $\leq 50\%$  และผู้ป่วยมีอาการปวดตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไป ดังนั้นการจัดการอาการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ การให้ความรู้ผู้ดูแลมีระบบให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการจัดการอาการต่าง ๆ จะสามารถลดโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ควรมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองควบคู่ไปกับการดูแลผู้ป่วย มีการคัดกรองภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการเฝ้าระวังผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะซึมเศร้า มีระบบให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลที่ต้องการความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนทั้งปัญหาเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วยโดยเฉพาะอาการปวด หรือปัญหาอื่น ๆ จากการดูแลผู้ป่วย

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

เนื่องจากการศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณในผู้ดูแลที่มีภาวะซึมเศร้า อาจจะมีเหตุปัจจัยอื่นที่ไม่ได้อยู่ในแบบสัมภาษณ์ การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ อาจจะทำให้ทราบปัญหาและสาเหตุของการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลได้ รวมถึงอาจมีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ทำนายการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคองจากผลของการศึกษานี้

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ป็นรักษ์  
โรงพยาบาลศรีสะเกษ ผู้ดูแลผู้ป่วยระดับประคอง  
ที่เข้าร่วมการศึกษานี้ และ ดร.พญ.นิธิกุล เต็มเอี่ยม  
สำหรับคำแนะนำในการดำเนินการศึกษานี้

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Palliative Care [Internet]. [Cited 2025 Jan 16]. Available from:URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.
2. กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. รายงานสถิติรายปีประเทศไทย 2567. กรุงเทพฯ : กองสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ; 2567.
3. Reigada C, Pais-Ribeiro JL, Novella A, Gonçalves E. The Caregiver Role in Palliative Care: A Systematic Review of the Literature. *Health Care Curr Rev* 2015;3(2):1-6. DOI: 10.4172/2375-4273.1000143
4. Fumaneesha O. Caregiver and Palliative Care. *เวชสารสงขลานครินทร์* 2564;1(3):126-9.
5. พิมพ์ชนก สุนทร, ธกัณันท์ อินทรารุช, ทศนีย์ บุญอริยเทพ, ธนากร แก้วสุทธิ, รุ่งกิจ ปินใจ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง. *PMJCS* 2566;31(2):17-33.
6. สุชีรา อมรมหรรณ. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง. *ร้อยเอ็ดเวชสาร* 2562;6(2):27-36.

7. Geng HM, Chuang DM, Yang F, Yang Y, Liu WM, Liu LH, et al. Prevalence and determinants of depression in caregivers of cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2018;97(39):e11863. doi: 10.1097/MD.00000000000011863.
8. Govina O, Vlachou E, Kalemikerakis I, Papageorgiou D, Kavga A, Konstantinidis T. Factors Associated with Anxiety and Depression among Family Caregivers of Patients Undergoing Palliative Radiotherapy. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2019;6(3):283-91. doi: 10.4103/apjon.apjon\_74\_18.
9. Lachs MS, Williams CS, O'Brien S, Pillemer KA, Charlson ME. The mortality of elder mistreatment. *JAMA* 1998;280(5):428-32. doi: 10.1001/jama.280.5.428.
10. The Gold Standards Framework. Free Resources: The GSF Proactive Identification Guidance (PIG). [Internet]. [Cited 2025 Feb 10]. Available from:URL: <https://www.goldstandardsframework.org.uk/training-accreditation/free-resources-professionals/>.
11. นันทกัศ ชนะพันธ์, อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, รณชัย คงสกนธ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมและการรู้จักตนเองกับการคืนความสำคัญให้ตนเองของผู้ป่วยหญิงโรคซึมเศร้า. *วารสารสภาการพยาบาล* 2556;28(2):44-57.
12. Lotrakul M, Sumrithe S, Saipanish R. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46. doi: 10.1186/1471-244X-8-46.

13. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก. เชียงใหม่ : โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ; 2551. (เอกสารอัดสำเนา).
14. กิติพล นาควิโรจน์. วิธีการประเมินอาการต่างๆ โดยใช้แบบประเมิน Edmonton Symptom Assessment System (ESAS). [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 16 มกราคม 2568]. ค้นได้จาก:URL: <https://www.rama.mahidol.ac.th/fammed/th/palliativecare/tools/doctorpalliative2th>.
15. Chan LM, Ng SCJ. Prevalence and Correlates of Caregiver Anxiety in Family Caregivers of Patients With Advanced Cancer: a Cross-Sectional Study in a Palliative Care Unit in Hong Kong. *East Asian Arch Psychiatry* 2022;32(2):27-33. doi: 10.12809/eaap2171.
16. วิษณุ มงคลคำ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลน่าน้อย จังหวัดน่าน. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย* 2563;10(2):291-306.
17. Alvarado García AM, Vargas-Escobar LM, Arias-Rojas M, Avendaño-Vásquez CJ, Consuegra-Pareja CA. Anxiety, depression, and quality of life of caregivers of palliative care patients with cancer. *Rev Cuid* 2025; 16(1):e3670. doi: 10.15649/cuidarte.3670.
18. Basol N, Yilmaz H, Altin B, Kaya M. Evaluation of caregiver burden and depression in caregivers of palliative care patients in the emergency department. *Medycyna Paliatywna* 2022;14(1):28-35. DOI: <https://doi.org/10.5114/pm.2022.117649>.
19. Teunissen SC, Wesker W, Kruitwagen C, de Haes HC, Voest EE, de Graeff A. Symptom prevalence in patients with incurable cancer: a systematic review. *J Pain Symptom Manage* 2007;34(1):94-104. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015.