นิพนธ์ต้นฉบับ | Original Articles

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

Factors associated with stress and quality of life among cancer caregivers at Surin Hospital

*ศรีสุดา เสริมกล้า, พย.ม. (สาขาบริหารการพยาบาล)**
*นิศากร กะการดี, พย.ม. (สาขาบริหารการพยาบาล)***
*นฤมล สุวรรณรัตน์, พย.บ.***
*Srisuda sermkla, M.N.S. (Nursing Administration)**
*Nisakorn kakandee, M.N.S. (Nursing Administration)***
*Narumol suwanrat, B.S.N***
**อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000*
***อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์ ประเทศไทย 32000*
**Lecturer,Faculty of Nursing,Surindra Rajabhat University, Surin Province, Thailand, 32000*
***Lecturer,Faculty of Nursing,Surindra Rajabhat University, Surin Province, Thailand, 32000*
****Surin Hospital, Surin Province, Thailand, 32000*
Corresponding author, E-mail address: Nangsrisudaserimkla@gmail.com
Received : 10 Jun 2026. Revised : 08 Jul 2026. Accepted : 24 Jul 2026.

บทคัดย่อ

หลักการและเหตุผล : โรคมะเร็งไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ผู้ดูแลจึงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดและมีคุณภาพชีวิตลดลง ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาระดับความเครียด คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

วิธีการศึกษา : การวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (Correlational study) กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง จำนวน 124 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20) และแบบชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิตินอนพาราเมตริก ได้แก่ Spearman's rank correlation coefficient, Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test

ผลการศึกษา : ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 51.6) และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (83.9 ± 11.64) รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับอ่อนกับคะแนนความเครียด ($rs = -0.24$, $p = 0.006$) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคะแนนคุณภาพชีวิต ($rs = 0.45$, $p < 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกันมีคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$)

นอกจากนี้ คุณภาพชีวิตยังแตกต่างตามเพศ การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพและความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ($p < 0.05$) ขณะที่อายุ การพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วย ชั่วโมงการดูแลต่อวันและสถานภาพสมรส ไม่พบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

สรุป : ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพและพยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาระบบคัดกรองความเครียดและจัดให้มีการสนับสนุนด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ : ความเครียด คุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ABSTRACT

Background : Cancer affects not only patients but also their family caregivers in terms of physical, psychological, social, and economic aspects. Caregivers are therefore considered a vulnerable group at risk of experiencing stress and reduced quality of life, which may affect their ability to provide continuous and effective care for patients.

Objective : To investigate the levels of stress and quality of life and identify factors associated with stress and quality of life among caregivers of cancer patients at Surin Hospital.

Methods : This correlational study was conducted among 124 caregivers of cancer patients who were selected using purposive sampling according to the specified inclusion criteria. Data were collected using a personal information questionnaire, the Suanprung Stress Test-20 (SPST-20), and the World Health Organization Quality of Life Brief-Thai version (WHOQOL-BREF-THAI). Data were analyzed using descriptive statistics and non-parametric statistics, including Spearman's rank correlation coefficient, Mann-Whitney U test, and Kruskal-Wallis test.

Results : Most caregivers of patients with cancer reported high levels of stress (51.6%), while their overall quality of life was at a moderate level (83.9 ± 11.64). Monthly income was weakly and negatively correlated with stress scores ($r_s = -0.24$, $p = 0.006$) and moderately and positively correlated with quality of life scores ($r_s = 0.45$, $p < 0.001$). Significant differences in stress and quality of life scores were observed according

to income sufficiency ($p < 0.01$). Quality of life also differed significantly by sex, underlying disease, educational level, occupation, and relationship to the patient ($p < 0.05$). No significant associations or differences were found for age, cohabitation with the patient, daily caregiving hours, or marital status ($p > 0.05$).

Conclusions : Most caregivers of cancer patients experienced high levels of stress and had moderate quality of life. Economic factors, including monthly income and income adequacy, were associated with caregivers' stress and quality of life. The findings highlight the importance of continuous assessment of stress and quality of life among caregivers of cancer patients. Healthcare teams and nurses should develop systematic stress screening and provide appropriate psychosocial and economic support to promote caregivers' well-being and enhance their capacity to provide effective care for cancer patients.

Keywords : Stress, quality of life, Cancer caregivers.

หลักการและเหตุผล

โรคมะเร็งเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญระดับโลกและประเทศไทย เนื่องจากอัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2040 จะมีผู้ป่วยรายใหม่ทั่วโลกสูงถึง 27.5 ล้านราย[1] สำหรับประเทศไทย โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากร โดยมีผู้ป่วยรายใหม่เฉลี่ย 139,206 คนต่อปี และเสียชีวิตสูงถึง 83,334 คนต่อปี หรือเฉลี่ยชั่วโมงละ 9-10 ราย[2] เนื่องจากการดำเนินโรคที่ยาวนานและความจำเป็นในการรักษาและดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล[3-4]

ผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีการกลับเป็นซ้ำของโรคเป็นกลุ่มที่ต้องเผชิญกับความซับซ้อนของปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม การกลับเป็นซ้ำของโรคไม่เพียงส่งผลให้ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาเพิ่มเติมเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การปรับตัวต่อการดำเนินโรค และก่อให้เกิดความวิตกกังวลหรือความกลัวต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องจากบุคลากรทางสุขภาพ ครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการปรับตัว การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม และการดำรงคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย[5,6] ผู้ป่วยโรคมะเร็งโดยเฉพาะในระยะลุกลามหรือระยะท้าย มักมีความต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมาชิกในครอบครัวต้องรับบทบาทเป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งการเปลี่ยนแปลงบทบาทดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต การปรับตัว และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพจึงควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแล เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทการดูแลได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี[7] ภาวะความเจ็บป่วยเรื้อรังนี้ส่งผลกระทบให้เกิดความทุกข์ทรมานทั้งทางร่างกายและจิตใจ ไม่เพียงแต่ต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังเพิ่มภาระสะสมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจให้แก่ครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ก่อให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าตามมา[8,9]

ในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยทั้งด้านการดูแลกิจวัตรประจำวัน การประสานการรักษา และการสนับสนุนด้านจิตใจ การดูแลอย่างต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาระการดูแล ความเหนื่อยล้า ความเครียด และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ดังนั้น การประเมินและการให้การสนับสนุนญาติผู้ดูแลจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง[7,8,9] ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยด้านอายุและเพศมักส่งผลต่อมุมมองการเผชิญความเครียด ขณะที่รายได้และระดับการศึกษาเป็นทรัพยากรสำคัญในการจัดการภาระการดูแล โดยปัจจัยส่วนบุคคลเหล่านี้มีความสัมพันธ์และเป็นตัวแปรต้นในการส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยผู้ดูแลที่มีข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจและสังคมหรือมีภาระการดูแลสูง มักมีความเครียดสูงและคุณภาพชีวิตต่ำกว่า[7-10] อย่างไรก็ตาม คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับความเครียดเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและระบบบริการสุขภาพเป็นปัจจัยป้องกันสำคัญที่ช่วยลดความเครียดและส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น[10]

โรงพยาบาลสุรินทร์ มีการดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเน้น การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) ซึ่งการสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแลเป็นแนวทางหนึ่งที่ต้องให้ความสำคัญ แต่ยังเน้นเพียงการให้คำแนะนำสุขศึกษาเฉพาะคราวขณะผู้ป่วยนอนพักรักษาตัว และยังไม่มีระบบเชิงรุกในการประเมินหรือส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลอย่างเป็นรูปธรรม ส่งผลให้พบปัญหาเชิงคลินิก คือ ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าสะสม วิตกกังวล ปัญหาด้านการเงิน และปัญหาสุขภาพกายจากภาระการดูแล ซึ่งถือเป็นช่องว่างทางความรู้และความเป็นจริงเชิงปฏิบัติ (Gap of knowledge) การศึกษาครั้งนี้จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งเพื่อนำข้อมูลเชิงประจักษ์ในพื้นที่มาใช้พัฒนาระบบสวัสดิการช่วยเหลือผู้ดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์

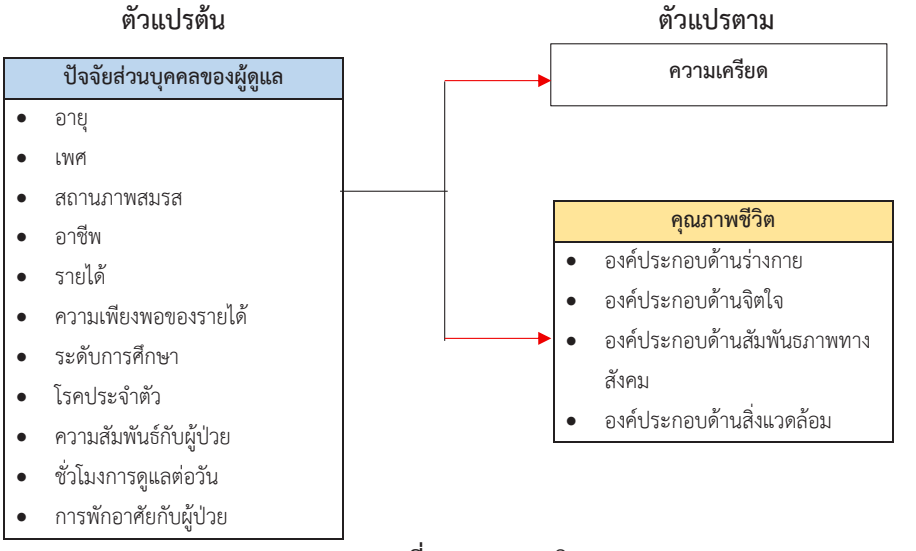
1. เพื่อศึกษาถึงความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์
2. เพื่อศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้ ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของ Lazarus และ Folkman[11,12] ร่วมกับ แนวคิดภาระในการดูแล (Caregiver Burden[13] และแนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHOQOL)[14] เพื่ออธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง

ตามทฤษฎีดังกล่าว การดูแลผู้ป่วยมะเร็งก่อให้เกิดภาระทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งอาจส่งผลต่อระดับความเครียดของผู้ดูแล โดยเฉพาะเมื่อผู้ดูแลมีทรัพยากรในการเผชิญปัญหาไม่เพียงพอ ขณะที่แนวคิดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกอธิบายว่า ความเครียดและภาระการดูแลที่เพิ่มขึ้นอาจส่งผลต่อการรับรู้คุณภาพชีวิตในด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ดูแลกับระดับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการวางแผนดูแลและพัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลสุรินทร์



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงความสัมพันธ์ (correlational study) จำแนกดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร: ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ หอผู้ป่วยมะเร็งหญิง โรงพยาบาลสุรินทร์ ในปี พ.ศ. 2568

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้ป่วยระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2568 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) อายุ 18 ปีขึ้นไป 2) เป็นผู้ดูแลหลักที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยสายเลือดหรือกฎหมาย 3) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ และ 4) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยโดยลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ที่มีประวัติหรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิตเวช มีภาวะบกพร่องด้านการรับรู้ หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรงในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล จนไม่สามารถตอบแบบสอบถามได้ครบถ้วน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณด้วยโปรแกรม G^*Power (กำหนด alpha = 0.05, Power = 0.80, Effect\ size = 0.30) ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 84 คน ผู้วิจัยจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 124 คน เพื่อเพิ่มความแม่นยำของการประมาณค่า เพิ่มอำนาจการทดสอบทางสถิติ และลดผลกระทบจากข้อมูลที่อาจไม่สมบูรณ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้ :

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล: จำนวน 11 ข้อ (เช่น อายุ เพศ รายได้ โรคประจำตัว ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ชั่วโมงการดูแลต่อวัน)

ส่วนที่ 2 แบบวัดความเครียดของกรมสุขภาพจิต (SPST-20): ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 20 ข้อ คะแนนรวม 0-100 คะแนน แปลผลเป็น 4 ระดับ (น้อย: 0-23 ปานกลาง: 24-41 สูง: 42-61 รุนแรง: > 62 คะแนน)

ส่วนที่ 3 เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตองค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI): ข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน คะแนนรวม 26-130 คะแนน แปลผลเป็น 3 ระดับ (ไม่ดี: 26-60 ปานกลาง: 61-95 ดี: 96-130 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความเครียด (SPST-20) และเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิต (WHOQOL-BREF-THAI) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ผ่านการตรวจสอบความตรงและความเที่ยงในบริบทภาษาไทยแล้ว โดยมีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.84 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ตามเกณฑ์มาตรฐานทางวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงเพื่อคัดกรองผู้ดูแลตามเกณฑ์คัดเข้า ชี้แจงวัตถุประสงค์ พิทักษ์สิทธิ์ความเป็นส่วนตัว และให้ผู้เข้าร่วมลงนามในใบยินยอม (Informed Consent) จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง (ใช้เวลาประมาณ 20-30 นาที) และผู้วิจัยทำการตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทุกฉบับก่อนนำไปวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เนื่องจากการทดสอบ Kolmogorov-Smirnov พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงเลือกใช้สถิตินอนพาราเมตริก (Nonparametric Statistics) ดังนี้:

สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) เพื่ออธิบายลักษณะตัวแปรทั่วไป ระดับความเครียด และคุณภาพชีวิต

สถิติ Spearman's Rank Correlation Coefficient เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเชิงปริมาณ (แปลผลระดับความสัมพันธ์ตามเกณฑ์ของ Wiersma และ Jurs, 2009)[15]

สถิติ Mann-Whitney U test และ Kruskal-Wallis test เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความเครียดและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่ม

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลสุรินทร์ (เลขที่เอกสารรับรอง 88 ลงวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ.2568) โดยกระบวนการวิจัยคำนึงถึงหลักสิทธิมนุษยชน การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล และผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิ์ถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งจำนวน 124 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.3) มีอายุเฉลี่ย 44.31 ปี (SD = 10.88) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 63.7) และนับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 99.2) ด้านการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่จบระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 55.7) สัดส่วนการประกอบอาชีพส่วนใหญ่ใกล้เคียงกันคือ เกษตรกรรม (ร้อยละ 37.1) และรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 33.1) โดยกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ไม่เพียงพอ (ร้อยละ 54.0)

สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบุตร (ร้อยละ 37.1) รองลงมาคือ คู่สมรส (ร้อยละ 34.7) และส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่ร่วมกับผู้ป่วย (ร้อยละ 74.2) ด้านภาวะสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 78.2) ส่วนกลุ่มที่มีโรคประจำตัวพบเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละจำแนกตามระดับความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง (n = 124)

ระดับความเครียด	คะแนนรวม ตามเกณฑ์ SPST-20	จำนวน (ร้อยละ)
เครียดน้อย	0-23 คะแนน	0 (0.0%)
เครียดปานกลาง	24-41 คะแนน	58 (46.8%)
เครียดสูง	42-61 คะแนน	64 (51.6%)
เครียดรุนแรง	≥ 62 คะแนน	2 (1.6%)

ผลการวิเคราะห์ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดอยู่ในระดับสูง จำนวน 64 คน (ร้อยละ 51.6) รองลงมาคือระดับปานกลาง จำนวน 58 คน (ร้อยละ 46.8) ระดับรุนแรง จำนวน 2 คน (ร้อยละ 1.6) และไม่พบผู้ที่มีระดับความเครียดน้อย (ร้อยละ 0.0) โดยสรุปกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมด (ร้อยละ 98.4) มีระดับความเครียดตั้งแต่ปานกลางถึงสูง และมีส่วนน้อยที่อยู่ในระดับรุนแรง (ร้อยละ 1.6)

3. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรงพยาบาลสุรินทร์

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับคุณภาพชีวิต รายด้าน และภาพรวม (n=124)

องค์ประกอบคุณภาพชีวิต	คะแนนเต็ม	$\bar{x}$ ± SD	ระดับคุณภาพชีวิต
ด้านสุขภาพกาย (Physical domain)	35	23.7 ± 2.64	ปานกลาง
ด้านจิตใจ (Psychological domain)	30	19.9 ± 3.37	ปานกลาง
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationships)	15	8.7 ± 2.29	ปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment domain)	40	25.4 ± 3.96	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	**130**	**83.9 ± 11.64**	**ปานกลาง**

ผลการวิเคราะห์คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 83.9 ± 11.64 คะแนน เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าคุณภาพชีวิตทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านสิ่งแวดล้อม (25.4 ± 3.96 คะแนน) ด้านสุขภาพกาย (23.7 ± 2.64 คะแนน) ด้านจิตใจ (19.9 ± 3.37 คะแนน) และด้านสัมพันธภาพทางสังคม (8.7 ± 2.29 คะแนน) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางอย่างสม่ำเสมอในทุกมิติของการประเมิน

4. ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดและคุณภาพชีวิต (n = 124)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถิติที่ใช้ทดสอบ	คะแนนความเครียด (p-value)	คะแนนคุณภาพชีวิต (p-value)
รายได้ต่อเดือน	Spearman's rank (rs)	-0.24 (0.006)**	0.45 (<0.001)**
ความเพียงพอของรายได้	Mann-Whitney U	1,292.5 (0.009)**	1,120.0 (0.002)**
อายุ	Spearman's rank (rs)	0.08 (0.375)	-0.11 (0.224)
เพศ	Mann-Whitney U	1,912.0 (0.881)	1,421.5 (0.014)*
โรคประจำตัว	Mann-Whitney U	1,610.5 (0.150)	1,245.0 (0.008)**
การพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วย	Mann-Whitney U	1,803.0 (0.590)	1,750.5 (0.421)

ตารางที่ 3 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความเครียดและคุณภาพชีวิต (n = 124) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	สถิติที่ใช้ทดสอบ	คะแนนความเครียด (p-value)	คะแนนคุณภาพชีวิต (p-value)
ชั่วโมงการดูแลต่อวัน	Spearman's rank (rs)	0.02 (0.825)	-0.05 (0.582)
ระดับการศึกษา	Kruskal-Wallis H	1.24 (0.871)	9.84 (0.043)*
อาชีพ	Kruskal-Wallis H	8.15 (0.148)	11.42 (0.022)*
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	Kruskal-Wallis H	4.31 (0.365)	10.25 (0.036)*
สถานภาพสมรส	Kruskal-Wallis H	2.11 (0.550)	3.18 (0.365)

* $p < 0.05$, $p < 0.01$

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์และความแตกต่างระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิต พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบในระดับอ่อนกับคะแนนความเครียด (rs = -0.24, p = 0.006) และมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับปานกลางกับคะแนนคุณภาพชีวิต (rs = 0.45, p < 0.001) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผู้ดูแลที่มีความเพียงพอของรายได้แตกต่างกันมีคะแนนความเครียด (U = 1292.5, p = 0.009) และคะแนนคุณภาพชีวิต (U = 1120.0, p = 0.002) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคะแนนคุณภาพชีวิตยังพบความแตกต่างตามเพศ (U = 1421.5, p = 0.014) การมีโรคประจำตัว (U = 1245.0, p = 0.008) ระดับการศึกษา (H = 9.84, p = 0.043) อาชีพ (H = 11.42, p = 0.022) และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (H = 10.25, p = 0.036) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ขณะที่อายุ การพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วย ชั่วโมงการดูแลต่อวันและสถานภาพสมรส ไม่พบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างกับคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p > 0.05)

อภิปรายผล

1. ความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเครียดระดับสูง (ร้อยละ 51.6) และปานกลาง (ร้อยละ 46.8) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศโดย Karimi Moghaddam และคณะ[16] ที่พบว่าผู้ดูแลครอบครัวผู้ป่วยมะเร็งเผชิญกับภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้าระดับรุนแรงสูงกว่าร้อยละ 46 เช่นเดียวกับการศึกษาในไทยของพิมพ์ชนก สุนทร และคณะ[17] ที่พบผู้ดูแลมีความเครียดปานกลางถึงมากถึงร้อยละ 50.6 อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับสมพงษ์ แก้วพรรณา และคณะ[18] ที่พบความเครียดในระดับต่ำ ซึ่งอาจเป็นผลจากข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการสนับสนุนที่แตกต่างกันระหว่างโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลศูนย์

เมื่อพิจารณาเป็นรายประเด็น พบว่าความกังวลด้านรายได้ไม่เพียงพอ วิตกกังวล และความเศร้า เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดความเครียดระดับปานกลางถึงสูง สอดคล้องกับ Karimi Moghaddam และคณะ[16] ซึ่งระบุว่าค่าใช้จ่ายในการรักษา ยา อาหารเสริม และค่าใช้จ่ายแฝงระหว่างนอนโรงพยาบาล เป็นภาระทางการเงินที่รุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ต้องทำงานไปด้วยและดูแลผู้ป่วยไปด้วย ทั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 57.3) และเป็นคู่สมรสหรือบุตร สอดคล้องกับ Manivannan และคณะ[19] ที่พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเป็นคู่สมรส ซึ่งกลุ่มนี้จะมีคะแนนภาระการดูแลสูงกว่ากลุ่มอื่นเนื่องจากมีความใกล้ชิดทางอารมณ์ สอดคล้องกับทรงสุดา ยงพัฒนจิตร และคณะ[20] ที่พบว่า ความกังวลด้านเศรษฐกิจ ครอบครัว และปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล เป็นสิ่งกระตุ้นความเครียดที่สำคัญที่สุด

2. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง

ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านทั้ง 4 ด้านอยู่ในระดับปานกลาง (83.9 ± 11.64) สอดคล้องกับ Bicak Ayik, Citlik Saritas[21] ที่พบว่าการสนับสนุน

ทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งและผู้ดูแล โดยการสนับสนุนที่เหมาะสมช่วยส่งเสริมการปรับตัวและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ทั้งนี้ แม้ผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อสุขภาพตนเองต่ำ ($\overline{x}$= 2.3) แต่มีการรับรู้ว่าชีวิตมีความหมายสูง ($\overline{x}$= 3.9) อาจสะท้อนถึงคุณค่าของบทบาทการดูแลและความผูกพันกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับบริบทครอบครัวไทยที่ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์และการดูแลสมาชิกในครอบครัว[21] อย่างไรก็ตาม ภาระการดูแลที่สูงอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดย Manivannan และคณะ[19] พบว่าภาระการดูแลมีความสัมพันธ์เชิงลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความเครียดของผู้ดูแล

รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์เชิงลบระดับอ่อนกับคะแนนความเครียด และมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคะแนนคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สะท้อนว่าผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่มีรายได้สูงมีแนวโน้มมีความเครียดลดลงและคุณภาพชีวิตดีขึ้น เนื่องจากมีความมั่นคงทางเศรษฐกิจ สามารถเข้าถึงทรัพยากรและการสนับสนุนที่จำเป็นต่อการดูแลผู้ป่วยได้มากขึ้น

ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Kim และ Lee[22] ที่พบว่ารายได้และทรัพยากรของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง และสอดคล้องกับ Karimi Moghaddam และคณะ[16] ที่พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลและบริบทของผู้ดูแลสัมพันธ์กับภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และความวิตกกังวล ซึ่งส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ดูแล

นอกจากนี้ ความเพียงพอของรายได้มีความแตกต่างของคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ดูแลที่รับรู้ว่ารายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มเผชิญความเครียดสูงและมีคุณภาพชีวิตต่ำกว่า ซึ่งอาจเกิดจากความกังวลด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาและผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการทำหน้าที่ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของ Karimi Moghaddam และคณะ[16]

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ เพศ การมีโรคประจำตัว ระดับการศึกษา อาชีพ และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ซึ่งอาจสะท้อนความแตกต่างด้านสุขภาพ ทรัพยากรส่วนบุคคล ความสามารถในการดูแล และการเข้าถึงแหล่งสนับสนุน โดยเฉพาะผู้ดูแลที่มีโรคประจำตัวอาจมีข้อจำกัดด้านสุขภาพ ส่งผลให้ภาระการดูแลเพิ่มขึ้น ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Clarijs และคณะ[23] ที่พบว่าเพศ ระดับการศึกษา สุขภาพของผู้ดูแล และปัจจัยทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สะท้อนให้เห็นว่าปัจจัยส่วนบุคคลและบริบททางสังคมเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล

สำหรับความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ความแตกต่างของคุณภาพชีวิตอาจเกิดจากบทบาทในการดูแลและระดับความผูกพันระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย ซึ่งส่งผลต่อการรับรู้ภาระการดูแล การตอบสนองทางอารมณ์ และการปรับตัวต่อสถานการณ์การเจ็บป่วย ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับแนวคิดของ Northouse และคณะ[4] ที่อธิบายว่าสุขภาวะทางจิตของผู้ดูแลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกัน โดยปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและภาระจากการดูแลเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ดูแล

อย่างไรก็ตาม การศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์หรือความแตกต่างของอายุ การพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วย ชั่วโมงการดูแลต่อวันและสถานภาพสมรสกับคะแนนความเครียดและคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจสะท้อนว่าความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้รับอิทธิพลจากการรับรู้ภาระ การสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหามากกว่าปัจจัยส่วนบุคคลดังกล่าว

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและการปฏิบัติ

การนำผลการวิจัยไปใช้และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

จากข้อค้นพบข้างต้น มีข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้พัฒนาระบบสนับสนุนผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง 3 ด้าน ดังนี้

1. การคัดกรองและติดตามเชิงรุกด้วยระบบดิจิทัล บุคลากรทางการแพทย์ควรประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงสูง (เพศหญิง รายได้ไม่เพียงพอ มีโรคประจำตัว หรือการศึกษาต่ำ) และจัดเก็บข้อมูลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ เพื่อให้ทีมสหวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์และนักจิตวิทยา สามารถติดตามช่วยเหลือได้อย่างต่อเนื่อง[17]

2. การพัฒนาโปรแกรมสนับสนุนแบบองค์รวม ควรจัดตั้งโปรแกรมที่ครอบคลุมทั้งการให้ความรู้ การประคับประคองทางอารมณ์ และการประสานงานช่วยเหลือด้านทุนทรัพย์หรือสวัสดิการแห่งรัฐ โดยส่งเสริมบทบาทของพยาบาลในการเพิ่มแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดภาระทางการเงินและยกระดับคุณภาพชีวิตของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลควบคู่กัน[22]

3. การส่งเสริมการจัดการความเครียดและสิ่งแวดล้อม: พยาบาลควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค แผนการรักษา และฝึกทักษะการดูแลเพื่อลดความวิตกกังวลและเพิ่มความมั่นใจให้ผู้ดูแล พร้อมทั้งปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เอื้อต่อการพักผ่อน และส่งเสริมระบบเครือญาติให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแบ่งเบาภาระการดูแล[21]

สรุป

ผลการวิจัยครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับสูง และมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ รายได้ต่อเดือนและความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์กับความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการประเมินความเครียดและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพและพยาบาลวิชาชีพควรพัฒนาระบบคัดกรองความเครียด และจัดให้มีการสนับสนุนด้านจิตสังคมและเศรษฐกิจที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาวะของผู้ดูแลและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งอย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงความสัมพันธ์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Study) จึงไม่สามารถสรุปความเป็นเหตุเป็นผลได้ อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างยังจำกัดเฉพาะผู้ดูแลในหอผู้ป่วยมะเร็งหญิงของโรงพยาบาลศูนย์เพียงแห่งเดียว และใช้แบบสอบถามประเมินตนเองซึ่งอาจมีอคติในการตอบ ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคตดังนี้

1. ปรับระเบียบวิธีวิจัย ควรเปลี่ยนไปออกแบบการศึกษาเชิงติดตามระยะยาว (Longitudinal Study) เพื่อให้เห็นแนวโน้มและการเปลี่ยนแปลงของความเครียดและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในแต่ละระยะของโรคอย่างแท้จริง

2. ขยายขอบเขตกลุ่มตัวอย่างควรขยายการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังโรงพยาบาลระดับอื่น ๆ (เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป) และบริบทชุมชนที่หลากหลาย เพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือในการอ้างอิงและขยายผลงานวิจัย

3. บูรณาการเครื่องมือและเพิ่มตัวแปรเชิงลึก ควรเพิ่มการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Method) ร่วมด้วย รวมถึงศึกษาตัวแปรเชิงลึกเพิ่มเติม เช่น กลไกการเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และภาวะทางจิตใจอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่การวางแผนช่วยเหลือผู้ดูแลที่รอบด้านยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global cancer statistics and trends for 2040. Geneva : World Health Organization ; 2020.
2. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. ทะเบียนมะเร็งระดับโรงพยาบาล พ.ศ. 2565. นนทบุรี : หน่วยงานฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มงานดิจิทัลการแพทย์ สถาบันมะเร็งแห่งชาติ ; 2567.
3. กลุ่มข้อมูลข่าวสารสุขภาพ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564. นนทบุรี : กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข ; 2565.
4. Northouse LL, Katapodi MC, Schafenacker AM, Weiss D. The impact of caregiving on the psychological well-being of family caregivers and cancer patients. Semin Oncol Nurs 2012;28(4):236-45. doi: 10.1016/j.soncn.2012.09.006.
5. ทิพย์เกษร วรรณภักตร์. ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งกลับเป็นซ้ำที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง : แนวทางการดูแล. วารสารการวิจัยทางการพยาบาล นวัตกรรม และสุขภาพ 2562;31(1):1-10.
6. เบญญพร บรรณสาร, ลินจง โปธิบาล. ความกลัวการกลับเป็นซ้ำของมะเร็ง; Fear of cancer recurrence. วารสารสภาการพยาบาล 2559;31(3):16-25.
7. วารุณี มีเจริญ. ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและการส่งเสริมคุณภาพชีวิต. วารสารวิจัยทางการพยาบาลและนวัตกรรม 2557;20(1):10-22.
8. วารุณี มีเจริญ, ฐิติกานต์ กาลเทศ, กัลยา นุตระ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและญาติผู้ดูแล. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. 2561;36(4):52-61.
9. รัตติยา ชัยชมภู, อำภาพร นามวงศ์พรหม, น้ำอ้อย ภักดีวงศ์. ความทุกข์ใจกับคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับเคมีบำบัด. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2560;40(4):41-9.
10. Cohen S, Wills TA. Stress, social support, and the buffering hypothesis. Psychol Bull 1985;98(2):310-57. PMID: 3901065.
11. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal, and coping. New York : Springer Publishing Company ; 1984.
12. Lazarus RS. Psychological stress and the coping process. New York : McGraw-Hill ; 1966.
13. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980; 20(6):649-55. doi: 10.1093/geront/20.6.649.
14. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychol Med 1998;28(3):551-8. doi: 10.1017/s003329 1798006667.
15. Wiersma W, Jurs SG. Research methods in education: an introduction. 9th. ed. Boston : Pearson/Allyn and Bacon ; 2009.
16. Karimi Moghaddam Z, Rostami M, Zeraatchi A, Mohammadi Bytamar J, Saed O, Zenozian S. Caregiving burden, depression, and anxiety among family caregivers of patients with cancer: An investigation of patient and caregiver factors. Front Psychol 2023;14:1059605. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1059605.

17. พิมพ์ชนก สุนทร, ธภัคนันท์ อินทราวุธ, ทัศนีย์ บุญอริยเทพ, ธนากร แก้วสุทธ, รุ่งกิจ ปินใจ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่รับการรักษาแบบประคับประคอง. PMJCS 2566; 31(2):17-33.
18. สมพงษ์ แก้วพรรณ, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, วัลย์ลดา ฉันท์เรืองวณิชย์. ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ความสัมพันธ์ต่างเกื้อกูลความพร้อมในการดูแลกับความเครียด ในบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารพยาบาลทหารบก 2563;21(1):183-92.
19. Manivannan M, Karunanithi G, Lakshminarayanan S. Correlation between Quality of Life and Burden in Caregivers of Advanced Stage Cancer Patients on Best Supportive Care. Indian J Palliat Care 2023; 29(1):89-93. doi: 10.25259/IJPC_175_2022.
20. ทรงสุดา ยงพัฒนจิตร, สุปรีดา มั่นคง, นุชนาฏ สุทธิ. ความเครียดและการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลในหอผู้ป่วยที่มีการดูแลแบบประคับประคอง. วารสารการพยาบาล 2563;35(2):116-31.
21. Bicak Ayik D, Citlik Saritas S. Determination of the relationship between social support and quality of life in oncology patients and caregivers. Int J Caring Sci 2022;15(1):263-72.
22. Kim J, Lee S. The effect of unmet needs on the health-related Quality of life of family caregivers of cancer patients in South Korea. PLoS One 2025;20(5):e0321900. doi: 10.1371/journal.pone.0321900.
23. Clarijs ME, Oemrawsingh A, Bröker MEE, Verhoef C, Lingsma H, Koppert LB. Quality of life of caregivers of breast cancer patients: a cross-sectional evaluation. Health Qual Life Outcomes 2022;20(1):29. doi: 10.1186/s12955-022-01930-0.