



ผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลและการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล  
ต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย\*

THE EFFECT OF CAREGIVING SKILL DEVELOPMENT AND CAREGIVER SUPPORT  
GROUP PROGRAM ON STRESS IN CAREGIVERS OF OLDER PERSONS  
WITH TERMINAL STAGE CANCER\*

พนิตตา ศรีหาค้าง,

ศิริพันธ์ุ สาสัตย์

Panitta Srihaklang,

Sriphan Sasat

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Nursing, Chulalongkorn University

**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ตัวอย่าง คือ ผู้ดูแล ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่อยู่ระหว่างการรักษาและนอนพักในโรงพยาบาล จำนวน 40 คน แบ่งผู้ดูแลออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุม 20 คน เป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง 20 คน ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติ และโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น ระยะเวลาศึกษา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลและผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย แบบประเมินความเครียดของผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.81 และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล วิเคราะห์ข้อมูลโดยคำนวณร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบค่าที (Dependent t-test และ Independent t-test)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลแล้วมีความเครียดน้อยกว่าช่วงก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** ผู้ดูแล, ความเครียดของผู้ดูแล, ทักษะการดูแล, กลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

\* วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**Abstract**

This research was the quasi-experimental research which aimed to study the caregiving skill development and support group activity in caregiver program on stress of caregivers who took care aging with terminal stage of cancer. The sample consisted of 40 caregivers, who were divided into two groups, 20 persons in the control group and the others twenty in the experimental group. The caregiver were both male and female who took care the aging with terminal stage of cancer. The aging with terminal stage of cancer were admitted at a Thanyaburi Hospital. The control group received conventional nursing and the experimental group received conventional nursing and combining with caregiving skill development and support group activity for caregiver program. The length of time in Program was 6 weeks. At the end of last week, their stress was evaluated. The research instruments consisted of personal data of the caregiver and aging with terminal stage of cancer and Caregiver Strain Index (CSI). The validity of the instrument was 0.81 carried out. The data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, dependent t-test and independent t-test.

The results can be summarized as follows:

1. The experimental group, after receiving the program had statistically significantly lower stress than before receiving the program at the level of .05.
2. The experimental group, after receiving the program had statistically significantly lower stress than the control group at the level of .05.

**Keywords :** caregiver, stress of caregiver, caregiving skill, support group

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการรายงานอุบัติการณ์โรคมะเร็งของ ประเทศสหรัฐอเมริกา (American Cancer Society, 2014) พบว่า ประชากรเสียชีวิตด้วย โรคมะเร็งเป็นอันดับหนึ่งต่อจำนวนประชากรแสน คน จากข้อมูลพบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีจำนวนมาก ที่สุดที่เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจาย ของโรค

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับ ที่ 1 ของประชากรไทยมาตั้งแต่ พ.ศ. 2542 จาก สถิติ พ.ศ. 2551-2555 พบอัตราการเสียชีวิตของ ประชากรไทยจากโรคมะเร็งต่อจำนวนประชากร แสนคน คือ 87.6, 88.3, 91.2, 95.2, 98.5 ตามลำดับ (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง, 2556) และจากข้อมูล สถิติการเสียชีวิตด้วยสาเหตุของโรคมะเร็งของ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2555 มีกลุ่มผู้สูงอายุ เสียชีวิตด้วยโรคมะเร็งจำนวนมากที่สุด จากข้อมูล ดังกล่าวแสดงให้เห็นแนวโน้มผู้สูงอายุมีการ เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและเสียชีวิตด้วยโรคมะเร็ง สูงขึ้นทุกปี

เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งระยะ สุดท้าย เซลล์มะเร็งได้มีการแพร่กระจายไปยัง อวัยวะต่าง ๆ ที่สำคัญของร่างกาย ทำให้การรักษา มีความซับซ้อนและยากลำบากมากขึ้น โอกาสของ การหายขาดก็น้อยลง (สมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล นภาพันธุ์, 2545) เป้าหมายของการให้การ รักษาโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจึงมุ่งเน้นในการดูแล แบบประคับประคองการบรรเทาปวดและลด อาการที่ไม่สุขสบายจึงเป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการ ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย (Haddad & Shepard, 2011) โดยให้การดูแลร่วมกับการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว (World Health Organization, 2011) เพื่อช่วย ให้ครอบครัวสามารถเผชิญและเตรียมพร้อมต่อ การสูญเสียสมาชิกในครอบครัว (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, 2554) ซึ่งครอบครัวนั้นจะเป็นกำลังสำคัญที่ช่วยให้ ผู้สูงอายุนั้นเผชิญกับอาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง

ระยะสุดท้ายให้มีชีวิตที่เป็นสุขจนกว่าจะถึงวาระ สุดท้าย ได้เสียชีวิตอย่างสงบและสมศักดิ์ศรีความ เป็นมนุษย์

ผู้สูงอายุนอกจากจะต้องทุกข์ทรมานกับ อาการแสดงของโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแล้ว ผู้สูงอายวยังต้องปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม หากวาระสุดท้ายของ ชีวิตมาถึง การดูแลกิจกรรมด้วยตนเองของ ผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุในระยะนี้จึงจำเป็นต้อง อาศัยผู้ดูแลในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่าง ใกล้ชิด (สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล, 2544) ถ้าผู้ดูแลขาด การจัดการและการเตรียมความพร้อมในบทบาท การเป็นผู้ดูแล อาจส่งผลกระทบต่อสมาชิกใน ครอบครัวทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ เศรษฐกิจ การเปลี่ยนแปลงบทบาทและภาระที่ เพิ่มขึ้นในครอบครัว ล้วนแต่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิด ภาวะเครียดจากการจัดการครอบครัวและการดูแล ผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในเวลาพร้อม ๆ กันหากผู้ดูแลไม่ได้รับการช่วยเหลืออาจส่งผลให้ การดูแลผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพอาจเนื่องมาจาก ผู้ดูแลขาดความมั่นใจ ขาดทักษะการดูแล ความเครียดที่สูงขึ้นอาจทำให้ผู้ดูแลขาดความ สนใจในการดูแล ไม่สามารถจัดการดูแลต่อที่บ้าน ได้ นำไปสู่การทอดทิ้งละเลยการดูแลผู้สูงอายุ ตามมา

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า ความเครียด คือ ผลการประเมินของบุคคลจากสิ่ง ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อม หรือในเหตุการณ์ ว่ามี อันตรายคุกคามต่อความปลอดภัยของตนเอง ขาด แหล่งประโยชน์ที่มากพอที่จะนำมาใช้ในการ ปรับตัวต่อเหตุการณ์ การมีแหล่งคอยช่วยเหลือ การรับรู้แหล่งประโยชน์ การสนับสนุนผู้ดูแลจะทำให้ เกิดความรู้สึกรู้สึกท้าทายในการเผชิญปัญหาและหา ทางแก้ไขปัญหา ทำให้ให้การประเมินเหตุการณ์ที่ เกิดขึ้นนั้น มีความรุนแรงน้อยลงและสามารถ ควบคุมสถานการณ์ได้ ความเครียดต่อเหตุการณ์ จึงลดลง (Lazarus & Folkman, 1984)

หลักการเผชิญความเครียดมี 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ด้วยการให้ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาเลือกที่จะแก้ไขด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลแก่ผู้ดูแลและการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ด้วยการสนับสนุนทางสังคม ให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม จากการศึกษาการให้ความรู้ (ศรีนยา ฉันทะปรีดา, 2551) การเพิ่มทักษะการดูแล (Porter et al., 2011) การสนับสนุนทางสังคม (Caress, Chalmers, & Luker, 2009) สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยจึงนำมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลรวมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลให้ผู้ดูแลสามารถจัดการและดูแลอาการโรคระยะสุดท้ายได้ จะเป็นการสร้างความมั่นใจให้ผู้ดูแลสามารถที่จะดูแลผู้สูงอายุโรคระยะสุดท้ายที่บ้าน และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

#### การทบทวนวรรณกรรมหรืองานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคระยะเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วยจะต้องรับการรักษาและการดูแลอย่างต่อเนื่องจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต การลุกลามของโรคระยะและระยะของโรคมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงของโรคระยะสุดท้ายที่พบมากที่สุดคือ อาการปวด อาการเหนื่อยล้า ซึ่งอาการเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง ผู้สูงอายุโรคระยะในระบายนี้อาจจำเป็นต้องอาศัยผู้ดูแลคอยช่วยเหลือในการดูแลกิจวัตรประจำวันมากขึ้น จากการศึกษาเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคระยะสุดท้าย พบว่า การปรับบทบาทเป็นผู้ดูแล ภาระที่เพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายที่มากขึ้น การปิดบังความเจ็บป่วย ขาดความรู้และทักษะการดูแล และมีแหล่งสนับสนุนไม่พอกับความต้องการ

ล้วนทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดได้จากทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า กระบวนการตัดสินใจ การประเมินเหตุการณ์ที่คุกคามมีความสำคัญต่อการลดความเครียดจากเหตุการณ์ เมื่อบุคคลมีการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การเผชิญความเครียดมี 2 แบบ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) ด้วยการสนับสนุนข้อมูลสนับสนุนแหล่งประโยชน์ จะช่วยเพิ่มการรับรู้และความเข้าใจต่อเหตุการณ์ของบุคคล และการมุ่งจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ด้วยการสนับสนุนทางสังคม ส่งเสริมการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมของบุคคล จะช่วยบรรเทาจุดขัดความเครียดการที่บุคคลรับรู้แหล่งประโยชน์ที่จะคอยช่วยเหลือจะมีส่วนช่วยให้บุคคลประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่า เหตุการณ์นั้นไม่รุนแรงสามารถควบคุมสถานการณ์นั้นได้ จึงลดความเครียดต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้

สุทธิณี วัฒนกุล (2548) ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนักในหอผู้ป่วยหนัก พบว่าความวิตกกังวลหลังจากทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อรรวรรณ แผนคง (2549) ศึกษาผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกลี้ภัยและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นการวิจัยเชิงกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียว พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่า ระยะก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และระยะหลัง 4 สัปดาห์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้สึกมีภาระต่ำกว่าระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 คะแนนเฉลี่ยความผาสุกในชีวิตสูงกว่าก่อนระยะทดลอง ทั้งระยะหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันที และระยะหลัง

การทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

Porter et al. (2011) ศึกษาเปรียบเทียบการฝึกทักษะการเผชิญความเครียดช่วยเหลือกลุ่มผู้ดูแลมะเร็งปอดระยะที่ 1, 2 และ 3 ระหว่างการฝึกทักษะการจัดการอาการด้วยคู่มือ และ CD เพื่อไปฝึกที่บ้าน พบว่า กลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งปอดระยะที่ 2, 3 ได้รับประโยชน์จากการฝึกทักษะการจัดการอาการมากกว่าการสนับสนุนความรู้ ผู้ดูแลมีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือผู้ป่วยการจัดการด้วยตนเองเพิ่มขึ้น ความเครียดลดลง

Belgacem et al. (2013) ที่ได้ศึกษาการลดความรู้สึกรับภาระและความทุกข์ระทมของผู้ดูแลโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้โปรแกรมกลุ่มการให้ความรู้ วัตถุประสงค์เพื่อวัดคุณภาพชีวิตและวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถลดความรู้สึกรับภาระของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเพิ่มขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล
2. เพื่อเปรียบเทียบความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ในกลุ่มทดลองหลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล กับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลแล้ว มีความเครียด น้อยกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม
2. ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายในกลุ่มทดลอง หลังจากการเข้าร่วมโปรแกรมการ

พัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลแล้ว มีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

**ประชากร** คือ ผู้ดูแลที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์ ภูเก็ต

**ตัวอย่าง** คือ ผู้ดูแลหลักที่มีอายุ 18 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องตลอดจนถึงที่บ้าน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกตัวอย่าง** ใช้การเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) งานวิจัยครั้งนี้ ได้จัดการดำเนินการให้กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีความใกล้เคียงกันด้วยการจับคู่ (matched pair) ให้แต่ละคู่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังต่อไปนี้

#### 1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป มี 2 ส่วน คือ 1) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล และ 2) แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.2 แบบประเมินความสามารถเชิงปฏิบัติเชิงดัชนีบาร์เทิลเอดีแอล (Barthel ADL Index) (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2544) ใช้ประเมินความรุนแรงของการพึ่งพาของผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

1.3 แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI) ใช้วัด

ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะสุดท้าย เครื่องมือนี้สร้างโดย Robinson (1983) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกายและอารมณ์ความรู้สึก (Physical and emotional strain) ด้านสังคม (Social strain) ด้านเศรษฐกิจ (Financial strain) และด้านการประกอบอาชีพ (Occupational strain of caregiver) ที่แปลเป็นภาษาไทยและแปลย้อนกลับโดย Sasat (1998) การให้คะแนน ถ้าตอบว่า “ใช่” หมายถึง 1 คะแนน และตอบว่า “ไม่” หมายถึง 0 คะแนน การแปลผลรวมคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 7 คะแนน ถือว่าผู้ดูแลมีระดับความเครียดสูงกว่าปกติ

**2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับกิจกรรมการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สร้างขึ้นโดยใช้กรอบทฤษฎีการเผชิญความเครียด ของ Lazarus & Folkman (1984) ประกอบด้วย กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะสุดท้ายเป็นรายบุคคล และ กิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล

**3. เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบบันทึกอาการและการดูแลผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านสำหรับผู้ดูแลเพื่อติดตามการดูแลผู้สูงอายุโรคเมเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลที่บ้าน หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรม ผู้วิจัยจะติดตามความสามารถในการดูแลและการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองทางโทรศัพท์ ในทุก ๆ สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนถึงสัปดาห์ที่ 6

#### การพิทักษ์สิทธิ์

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม ของโรงพยาบาลที่ทำการเก็บข้อมูล เอกสารรับรองเลขที่ MTH 2013-0012 ก่อนการเก็บข้อมูลผู้วิจัยจะชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการ ข้อมูล

ที่ได้จะเป็นความลับและนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวม นำไปใช้เพื่อการวิจัยเท่านั้น ผู้ที่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม ถึง เดือนตุลาคม พ.ศ. 2556 โดยการดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย การเตรียมเครื่องมือในการวิจัย เตรียมผู้ช่วยวิจัยเตรียมสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน คัดเลือกตัวอย่างที่มีระดับความเครียดระดับปานกลางถึงค่อนข้างมากโดยให้ผู้ดูแลประเมินระดับความเครียดด้วยแบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

2. ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยให้กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากพยาบาลประจำการร่วมกับการเข้าร่วมโปรแกรมพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลจากผู้วิจัย กำหนดระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม 6 สัปดาห์ โดยสัปดาห์ที่ 1-2 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะพบกลุ่มทดลองในระหว่างที่อยู่โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 10 ครั้ง แบ่งเป็นกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลจำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และสลับกับการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล (supportive group) จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาครั้งละ 1-1½ ชั่วโมง ในสัปดาห์ที่ 3-5 ผู้วิจัยโทรศัพท์ติดตามความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุและการจัดการความเครียดของกลุ่มทดลองที่บ้าน ทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และสัปดาห์ที่ 6 ประเมินความเครียดในวันที่กลุ่มตัวอย่างพาผู้สูงอายุมาตรวจตามนัดโดยใช้แบบประเมินความเครียดในผู้ดูแล (Caregiver Strain Index: CSI)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายก่อน และหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ภายในกลุ่ม ใช้สถิติ dependent t-test ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้สถิติ independent t-test โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลหลักเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 92.5) อายุเฉลี่ย 49.7 ปี สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 72.5) จบการศึกษาใน

ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 57.5) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 65) รายได้ไม่เกิน 10,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 70) ความสัมพันธ์เป็นสามี-ภรรยา (ร้อยละ 40) เป็นผู้ดูแลในช่วง 1-6 เดือน มากที่สุด (ร้อยละ 67.5) ให้การดูแลผู้สูงอายุ 24 ชั่วโมงต่อวัน (ร้อยละ 100) ผู้ดูแลเกือบทั้งหมดมีความเครียดอยู่ในระดับค่อนข้างมาก (ร้อยละ 95)

2. หลังการทดลองกลุ่มควบคุมมีความเครียดลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในขณะที่ระดับความเครียดยังคงสูงกว่าปกติ ส่วนกลุ่มทดลองคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความเครียดการเปลี่ยนแปลงจากสูงกว่าปกติ เป็นระดับปกติ ดังตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดภายในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

| กลุ่ม              | n  | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับความเครียด | t     | df | p-value |
|--------------------|----|-----------|------|-----------------|-------|----|---------|
| <b>กลุ่มควบคุม</b> |    |           |      |                 |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง       | 20 | 9.05      | 1.91 | สูงกว่าปกติ     | 2.85  | 19 | .010*   |
| หลังการทดลอง       | 20 | 8.45      | 0.89 | สูงกว่าปกติ     |       |    |         |
| <b>กลุ่มทดลอง</b>  |    |           |      |                 |       |    |         |
| ก่อนการทดลอง       | 20 | 9.05      | 0.83 | สูงกว่าปกติ     | 17.23 | 19 | .000*   |
| หลังการทดลอง       | 20 | 5.65      | 0.59 | ปกติ            |       |    |         |

\*  $p < .05$

3. ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน และมีระดับความเครียดสูงกว่าปกติ เมื่อนำค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดหลังการทดลองทั้งสอง

กลุ่มนำมาเปรียบเทียบกันพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียด น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพบว่ากลุ่มทดลองมีระดับความเครียดของผู้ดูแลลดลงจากระดับสูงกว่าปกติ เป็นระดับปกติ ดังตาราง 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
โรคมะเร็งระยะสุดท้าย

| กลุ่ม               | n  | $\bar{X}$ | S.D. | ระดับ<br>ความเครียด | t      | df | p-value |
|---------------------|----|-----------|------|---------------------|--------|----|---------|
| <b>ก่อนการทดลอง</b> |    |           |      |                     |        |    |         |
| กลุ่มควบคุม         | 20 | 9.05      | 1.91 | สูงกว่าปกติ         | .00    | 38 | 1.000   |
| กลุ่มทดลอง          | 20 | 9.05      | 0.83 | สูงกว่าปกติ         |        |    |         |
| <b>หลังการทดลอง</b> |    |           |      |                     |        |    |         |
| กลุ่มควบคุม         | 20 | 8.45      | 0.89 | สูงกว่าปกติ         | -11.33 | 38 | .000*   |
| กลุ่มทดลอง          | 20 | 5.65      | 0.59 | ปกติ                |        |    |         |

\*  $p < .05$

### อภิปรายผลการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายกลุ่มทดลองหลังจากที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล มีความเครียด น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคที่ร้ายแรงของสมาชิกในครอบครัวเกิดขึ้น นับว่าเป็นเหตุการณ์สำคัญที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวทั้งทางตรงและทางอ้อม ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อร่วมกันจัดการรับมือกับดูแลสมาชิกที่เกิดความเจ็บป่วยมีผลทำให้สมาชิกในครอบครัวโดยเฉพาะผู้ดูแลหลักเกิดความเครียดจากการต้องปรับตัวต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ดูแลจึงมีความรู้สึกลำบากต่อการให้การดูแล เนื่องจากการเจ็บป่วยมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นและผู้ดูแลไม่สามารถคาดการณ์กับอาการเปลี่ยนแปลงได้ทำให้เกิดความเครียดแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดของ Lazarus & Folkman (1984) ที่ให้ความหมายของความเครียดว่า เป็นผลของการประเมินเหตุการณ์ของส่วนบุคคล ว่าเหตุการณ์นั้น ๆ มีความคุกคามกระทบต่อชีวิตและทรัพย์สิน ส่งผลทำให้บุคคลนั้น

รู้สึกกดดัน มีความเครียดต่อเหตุการณ์ หากภายหลังบุคคลนั้นได้รับการสนับสนุนแหล่งประโยชน์ที่เพียงพอ มีการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้บุคคลนั้นประเมินเหตุการณ์ซ้ำและเปลี่ยนจากความเครียดเป็นความท้าทายและนำไปสู่การแก้ปัญหาในที่สุด ส่งผลให้บุคคลมีความเครียดลดลง

ผู้วิจัยได้นำหลักการเผชิญความเครียดมาสร้างโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับกิจกรรมการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลต่อความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มาทดลองใช้กับกลุ่มผู้ดูแลที่มีความเครียดช่วยให้ผู้ดูแลลดความรุนแรงจากการประเมินเหตุการณ์ซ้ำภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมแล้วเพื่อให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลงซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมที่มุ่งเน้นให้ผู้ดูแลได้จัดการกับปัญหา (problem-focused coping) ด้วยการพัฒนาทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายแก่ผู้ดูแลเพื่อที่จะนำไปใช้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน และช่วยผู้ดูแลในการจัดการกับอารมณ์ (emotional-focused coping) ด้วยการเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกภายในกลุ่มผู้ดูแล มีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันตามกระบวนการกลุ่ม มีความรู้สึกเป็นหนึ่งเดียว มีความเข้าใจซึ่งกันและกัน เสริมสร้างกำลังใจแก่กัน เพิ่มความรู้สึกมี

คุณค่าในตัวเอง ช่วยให้การประเมินความรุนแรงต่อปัญหาการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดน้อยลง ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายลดลง

2. ภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย มีความเครียดลดลงกว่าผู้ดูแลกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 โดยที่กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความเครียดจากระดับสูงกว่าปกติก่อนการทดลองเป็นระดับปกติหลังจากการทดลอง ถึงแม้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติจะลดลง อย่างไรก็ตามระดับความเครียดของกลุ่มควบคุมยังคงอยู่ในระดับที่สูงกว่าปกติทั้งก่อนและหลังการทดลอง แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลตามปกติ มีส่วนช่วยลดคะแนนความเครียดของผู้ดูแลได้บางส่วน ระดับความเครียดในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า ความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่เป็นผลมาจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลว่าคุกคามต่อความผาสุกของชีวิต การลดความเครียดด้วยการเตรียมความพร้อมการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้านแก่ผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัวมีการวางแผนในการดูแล การปรับตัวต่อสมาชิกที่เจ็บป่วยในครอบครัว ดังนั้นในกลุ่มทดลองหลังที่เข้าร่วมโปรแกรม จึงมีความเครียดน้อยกว่ากลุ่มควบคุม และมีระดับความเครียดปกติ เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับการฝึกทักษะการดูแลจนมีความมั่นใจ สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ดูแลยังได้เข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล ทำให้ผู้ดูแลรับรู้ปัญหาที่คล้ายคลึงกันของสมาชิกในกลุ่มทำให้มีกำลังใจต่อการเผชิญปัญหาต่าง ๆ ลดความรุนแรงต่อการประเมินปัญหามองปัญหากลายเป็นความ

ท้าทาย ส่งผลให้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Belgacem et al. (2013) ที่ได้ศึกษาการลดความรู้สึกเป็นภาระและความทุกข์ระทมของผู้ดูแลโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยใช้โปรแกรมกลุ่มการให้ความรู้ ทัศนภาพชีวิตและวัดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล พบว่า ผลของโปรแกรมสามารถลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาการเพิ่มทักษะการดูแล (Porter et al., 2011) การให้ความรู้ (ศรินยา ฉันทะปรีดา, 2551) พบว่า สามารถช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิณี วัฒนกุล (2548) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลและสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผน สามารถช่วยลดความวิตกกังวลของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยหนัก ในหอผู้ป่วยหนัก สอดคล้องกับการศึกษาการใช้กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองของ อรรพรรณ แผนคง (2549) สามารถลดความเครียดในผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ ลดความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแล และเพิ่มความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการกิจกรรมการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล สามารถทำให้ระดับความเครียดในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## ข้อเสนอแนะ

### 1. ด้านการพยาบาล

1.1 พยาบาลหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพที่ให้การดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายและมีภาวะพึ่งพา สามารถนำไปใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านแก่ผู้ดูแล เพื่อลดความเครียดและส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายของผู้ดูแลต่อไป

1.2 ส่งเสริมพยาบาลได้รับการอบรมและฝึกปฏิบัติเกี่ยวกับทักษะการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายร่วมกับการทำกลุ่ม

สนับสนุนผู้ดูแล เพื่อช่วยเหลือผู้ดูแลที่มีภาวะเครียดจากการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

## 2. ด้านการศึกษาพยาบาล

2.1 สถาบันการศึกษาพยาบาล ควรนำโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลไปประกอบการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลเพื่อฝึกประสบการณ์ลดความเครียดแก่ผู้ดูแล

2.2 ส่งเสริมนักศึกษาพยาบาลฝึกประสบการณ์เกี่ยวกับการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย โดยเน้นการมีส่วนร่วมของคนในครอบครัว

## 3. ด้านการวิจัย

3.1 อาจจะศึกษาความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังอื่น ๆ ที่มีภาวะพึ่งพา เช่น กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคไตที่ทำการล้างไตด้วยตัวเองที่บ้าน เป็นต้น เพื่อเป็นการขยายผลทางการวิจัยนำไปใช้ได้อย่างกว้างขวางมากขึ้น

3.2 ควรศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลร่วมกับการเข้ากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมความมั่นใจให้ครอบครัวผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายมีการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้ายที่บ้านได้ และการตอบสนองด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุที่ต้องการเสียชีวิตที่บ้านตามความเชื่อ

3.3 ควรส่งเสริมให้ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้ายจนกระทั่งเสียชีวิตมาเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ดูแล เพื่อส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ลดการแยกตัว และลดความเศร้าโศกภายหลังการสูญเสียผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะสุดท้าย

## เอกสารอ้างอิง

- ครินยา ฉันทะปรีดา. (2551). ผลของการให้ข้อมูลและการปฏิบัติโดยครอบครัว ความเครียดของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง. *วารสารเกื้อการุณย์*, 15(1), 5-19.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง. (2556). *สถิติการตาย 10 อันดับปี 2556*. สืบค้นได้จาก <http://bps.ops.moph.go.th/Statistic/2.3.4-52pdf>
- สุทธิชัย จิตะพันธุ์กุล. (2544). *หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพัฒนาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุทธิณี วัฒนกุล. (2548). ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนการเยี่ยมอย่างมีแบบแผนต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยในหอผู้ป่วยหนัก. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, 17(3), 36-47.
- สมิตรา ทองประเสริฐ และ สิริกุล นภาพันธุ์. (2545). *โรคมะเร็ง: แนวทางการรักษา*. เชียงใหม่: ธนบรรณการพิมพ์.
- อรรณณ แผนคง. (2549). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 14(1), 47-57.
- American Cancer Society. (2014). *Cancer Facts & Figures*. Retrieved from <http://www.cancer.org>
- Belgacem, B., Auclair, C., Fedor, M-C., Brugnon, D., Blanquet, M., Toumilhac, O., & Gerbaud, L. (2013). A caregiver educational program improves quality of life and burden for cancer patients and their caregivers: A randomized clinical trial. *European Journal of Oncology Nursing*, 17, 870-876.
- Caress, A. L., Chalmers, K., & Luker, K. (2009). A narrative review of interventions to support family carer who provide physical care to family members with cancer. *International Journal of Nursing Studies*, 46(11), 1516-1527.
- Haddad, A., & Shepard, D. (2011). Geriatric oncology and palliative medicine. *Seminars in Oncology*, 38(3), 362-366.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Porter, L. S., Keefe, F. J., Garst, J., Baucom, D. H., McBride, C. M., McKee, D. C., ... Scipio, C. (2011). Caregiver-assisted coping skills training for lung cancer: Results of randomized clinical trial. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41(1), 1-13.
- Sasat, S. (1998). *Caring for dementia in Thailand: A study of family care for demented elderly relatives in Thai Buddhist society* (Thesis Doctor of Philosophy, University of Hull).
- World Health Organization. (2011). *Cancer: Palliative care*. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/en>