



ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง
Effect of Self-Help Group on the Psychological Dimension of Quality of Life
of Adolescents with Cancer

ธนิดา ทีปะपाल
Thanida Teepapal

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science (Pediatric Nursing)
Prince of Songkla University

2557

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วย
เด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ผู้เขียน นางสาวธนิศา ทีปะपाल

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาสุทธิ)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ นะแสง)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล)	(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาสุทธิ)
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล)
.....กรรมการ (แพทย์หญิงฉวีฉายา ยุทธสมภพ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....
(รองศาสตราจารย์ ดร. ชีระพล ศรีชนะ)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่าผลงานนี้เป็นผลมาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(รองศาสตราจารย์ ดร. บุญกร พันธุ์เมธาฤทธิ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวธนิศา ทีปะपाल)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวธนิศา ทีปะपाल)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วย เด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง
ผู้เขียน	นางสาวธนิศา ทิปะपाल
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ปีการศึกษา	2557

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อายุ 11 – 17 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ทำการเก็บข้อมูลครั้งแรกในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลตามปกติ และได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นกิจกรรมกลุ่มที่จัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน ครั้งละ 30 – 45 นาที เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 วิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติไคสแควร์ และสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า

1. กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติห่างกัน 4 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.27, p = 0.791$)
2. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.01, p = 0.000$)
3. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.86, p = 0.395$)

4. กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.87, p = 0.000$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น จึงควรมีการสนับสนุนให้พยาบาลนำวิธีการดังกล่าวไปปฏิบัติในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง เพื่อช่วยในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจให้ดีขึ้น

Thesis Title	Effect of Self–Help Group on the Psychological Dimension of Quality of Life of Adolescents with Cancer
Author	Miss Thanida Teepapal
Major Program	Nursing Science (Pediatric Nursing)
Academic Year	2014

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental, two-group, pre–post test control group study was to examine the effect of a self–help group on the psychological dimension of the quality of life of adolescents with cancer. The sample consisted of adolescents aged 11 to 17 years who had been diagnosed with cancer and admitted at Songklanagarind Hospital. Purposive sampling was used to select subjects. Data collection was first conducted in the control group ($n = 25$) and then in the experimental group ($n = 25$). The control group received the usual nursing care. The experimental group received the usual nursing care and participated in a self–help group. The self-help group was performed by sharing adolescent’s experience of illness with cancer. It was performed four times for four consecutive days and 30 – 45 minutes per time. Data were collected using the demographic data and the psychological dimension of quality of life questionnaires. All questionnaires were tested for content validity by three experts and the psychological dimension of quality of life questionnaire was tested for reliability, yielding a Cronbach’s alpha coefficient of .86. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square test and t-test.

The results revealed that:

1. The means of the psychological dimension of quality of life in the control group, before and after receiving the usual nursing care, four days apart, were not significantly different ($t = 0.27, p = 0.791$).
2. The mean of the psychological dimension of quality of life in the experimental group after the intervention was significantly higher than that of before the intervention ($t = -12.01, p = 0.000$).

3. The mean of the psychological dimension of quality of life in the control group before the experiment was not significantly different from that of the experimental group ($t = 0.86, p = 0.395$).

4. The mean of the psychological dimension of quality of life in the experimental group after the intervention was significantly higher than that of the control group ($t = -9.87, p = 0.000$).

The results revealed that the self-help group can improve the psychological dimension of quality of life of adolescents with cancer. Thus, it is recommended that nurses provide the self-help group to enhance the psychological dimension of quality of life in these adolescents.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความเพียรพยายาม และอุทิศของผู้อื่น รวมทั้งได้รับความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คือ รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล ที่กรุณาถ่ายทอดความรู้ ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ตลอดจนตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทุกขั้นตอนของการทำวิทยานิพนธ์ รวมทั้งให้การสนับสนุน และเป็นกำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ พร้อมทั้งให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ทำให้วิทยานิพนธ์มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทความรู้ในระหว่างการศึกษาคอยให้คำแนะนำ ให้ความช่วยเหลือ และให้กำลังใจเสมอมา

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2 พยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยเด็ก 2 ที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง ขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาและให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ที่เปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ลาศึกษาต่อ และคณาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานีทุกท่าน ที่ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ที่ได้สนับสนุนทุนในการจัดทำวิทยานิพนธ์

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อทองทวีและคุณแม่รัตนา ที่ปะปาล นายชัยวัฒน์ ศรีเกษตริินทร์ และนางสาวจตุพร จันท์ทิพย์วาริ ที่เป็นแรงใจให้การสนับสนุนด้านการศึกษาดลอดมา ขอขอบคุณพี่ๆ น้องๆ และเพื่อนๆ ที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ ซึ่งเป็นกำลังใจให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา จนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยดี คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ขอมอบแด่ทุกท่านที่ได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ และผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งทุกท่าน

ธนิดา ทีปะปาล

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ	(5)
ABSTRACT	(7)
กิตติกรรมประกาศ	(9)
สารบัญ.....	(10)
รายการตาราง.....	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(14)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
สมมติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์.....	9
ขอบเขตการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคมะเร็งในเด็ก.....	12
ความหมายของโรคมะเร็งในเด็ก.....	12
อุบัติการณ์.....	12
ชนิดของโรคมะเร็งในเด็ก.....	12
การรักษาโรคมะเร็งในเด็ก.....	15
ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว.....	19
การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็ก.....	24
คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง.....	29
ความหมายของคุณภาพชีวิต.....	29

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต.....	30
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง.....	32
ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง.....	34
การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง.....	36
แนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	39
ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	39
ความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	40
จุดมุ่งหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	41
รูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	41
การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	43
บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม.....	45
บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	46
ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	47
ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่นตอนต้นโรคมะเร็ง.....	48
สรุปการทบทวนวรรณกรรม.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	53
การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง.....	53
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	56
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	62
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	62

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	64
ผลการวิจัย.....	65
การอภิปรายผล.....	71
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	81
สรุปผลการวิจัย.....	81
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	82
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	83
เอกสารอ้างอิง.....	84
ภาคผนวก.....	92
ก แนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว.....	93
ข การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) และขนาดตัวอย่าง.....	100
ค ใบพิทักษ์สิทธิ์การเข้าร่วมวิจัย.....	104
ง คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นตอนต้นโรคมะเร็ง.....	107
จ แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....	113
ฉ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (t-test).....	117
ช ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	120
ซ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	138
ประวัติผู้เขียน.....	139

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	66
2	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติที (paired t-test).....	69
3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยใช้สถิติที (independent t-test)	70
4	สรุปกิจกรรมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ.....	112
5	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	118
6	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	118
7	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ.....	120
8	เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ.....	125
9	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ.....	130
10	ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโด่ง และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ.....	134

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	8
2	แผนการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล.....	61
3	การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0.....	100
4	การคำนวณหาขนาดตัวอย่างในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0.....	101
5	การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 ก่อนยุติการเก็บข้อมูล.....	102
6	การคำนวณหาขนาดตัวอย่างในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0.....	103
7	กราฟแท่งแสดงการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองการทดลอง (n = 25).....	119
8	กราฟแท่งแสดงการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง (n = 25).....	119

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันโรคมะเร็งในเด็กเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น และจากรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในประเทศไทยล่าสุด ในปี พ.ศ. 2554 พบว่า มีเด็กวัยรุ่นอายุระหว่าง 11 – 19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดถึง ร้อยละ 32 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) ส่วนรายงานผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งระหว่างอายุ 11 – 17 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2554 มีจำนวน 97, 94, 83, 96 และ 87 ราย ตามลำดับ และล่าสุดในปี พ.ศ. 2555 มีเด็กในช่วงวัยดังกล่าวที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 82 ราย (สถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2556) แม้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจะมีจำนวนลดลง แต่โรคมะเร็งก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในวัยเด็กได้ เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่ไม่ทราบสาเหตุการเกิดอย่างแน่ชัด จึงทำให้ไม่มีแนวทางในการป้องกันการเกิดโรคที่ชัดเจน และเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งก็จะต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายปี

แนวทางการรักษาโรคมะเร็งในเด็กโดยทั่วไป ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด การฉายรังสี นอกจากนี้ยังมีทางเลือกอื่น ได้แก่ ภูมิคุ้มกันบำบัด และการปลูกถ่ายไขกระดูกหรือสเต็มเซลล์จากกระแสเลือด แนวทางการรักษาอาจเป็นวิธีการรักษาแบบเดี่ยวหรือแบบผสมผสาน เป็นต้น (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552) โดยผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทุกชนิดจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา 4 – 5 ปี ส่งผลกระทบต่อด้านร่างกายที่เกิดจากผลกระทบของโรคและการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น คลื่นไส้ อาเจียน (Becze, 2012) รวมถึงมีแผลในช่องปาก มีไข้สูง อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น (พรทิพย์, 2552) ทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กอาจจะแยกตัว ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ไม่พูดคุย กลัวการแยกจากบิดามารดา กลัวการรักษา เบื่อหน่าย มีความวิตกกังวล เกิดความรู้สึกหงอยเหงา มีภาวะซึมเศร้า (รวีวรรณ, 2545) ส่วนทางด้านสังคม ผู้ป่วยเด็กจะต้องพบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ภายในโรงพยาบาล ต้องพراقจากบุคคลที่รักในครอบครัวและเพื่อน ทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ทัศนีย์, 2551) ต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่เป็นข้อจำกัด (จิรัญญา, 2547) ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ขาดการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Wicks & Mitchell, 2010) สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งสิ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ไม่มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยตรง แต่มีการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เช่น การศึกษาของบุษกร, อุทัยวรรณ, และพิสมัย (2551) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่าคุณภาพชีวิตเมื่อพิจารณาเป็นคะแนนเฉลี่ยรายด้านที่มีค่าต่ำสุด ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง คือ ด้านจิตใจ ซึ่งผู้ป่วยเด็กจะกลัวการรักษาที่ทำให้ปวด หงุดหงิดง่าย กลัวโรคที่เป็นอยู่ กังวลว่าโรคนี้อาจรักษาไม่หาย นอกจากนี้ได้มีผู้ทำการศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมและภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็ก เช่น ผลการศึกษาของเซลท์เซอร์ และคณะ (Zeltzer et al, 2008) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีที่บริเวณกะโหลกศีรษะจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี ส่วนซีแบเรค และเชสเลอร์ (Zebrack & Chesler, 2002) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า ส่วนใหญ่มีความกลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรคเนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การรักษาและจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย นอกจากนี้การศึกษาของลี, ชุง, และชิว (Li, Chung, & Chiu, 2010) ที่มีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุ 7 – 15 ปี พบว่า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีความวิตกกังวลในระดับสูงมาก และผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งมีอาการซึมเศร้า จากการศึกษาทำให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก และหากไม่ได้รับการแก้ไขในเบื้องต้น ก็จะเป็นปัญหาในระยะยาวต่อไป

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต เช่น การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ โดย บุษกร และคณะ (2551) พบว่า ระดับการศึกษาและพฤติกรรมการดูแล จะส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้จากการดูแลตนเองหรือการได้รับการดูแลอย่างดีโดยผู้ดูแล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม และผลการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ของบาราเกต, มาร์เมอร์, และชวาร์ทซ์ (Barakat, Marmer, & Schwartz, 2010) พบว่า การสนับสนุนภายในครอบครัวและสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบิดามารดาและผู้ป่วย จะสามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยจะมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น และผลการศึกษาของชุง, ลี, ชูส, และโลเปซ (Chung, Li, Chiu, & Lopez, 2012) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า อาการซึมเศร้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง นอกจากนี้ผลการศึกษาของมอร์ริส สแตม และคณะ (Maurice – Stam et al., 2009) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 8 -15 ปี ที่เสร็จสิ้นการรักษา พบว่า ปัจจัยเพศ ($\beta = 0.60$, $p < .001$) การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับโรคที่เป็น ($\beta = -0.18$, $p < .05$) และการสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ($\beta = 0.18$, $p < .05$) สามารถทำนายความวิตกกังวลของเด็กป่วยโรคมะเร็งได้

กล่าวคือ เด็กหญิงมีความวิตกกังวลมากกว่าเด็กชาย ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งถ้ายิ่งมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับโรคที่เป็นน้อย มีการสืบหาข้อมูลของโรคมามาก ก็จะมีวิตกกังวลมาก

จะเห็นได้ว่าภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมากที่สุดและหากไม่ได้รับการแก้ไขก็จะเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นในระยะยาว ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง ความสุข ความสนุกสนาน หรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากความปวด ความทุกข์ทรมานจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษา (Ferrell, Dow, Leigh, Ly, & Gulasekaram, 1995) จึงได้มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับวิธีการต่างๆ เพื่อลดความกลัว ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานที่เกิดจากสาเหตุต่างๆ ความวิตกกังวล ความปวด และมีการสร้างนวัตกรรมเพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว

นวัตกรรมต่างๆ ที่สร้างขึ้นเพื่อลดความกลัวในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เช่น นวัตกรรมการพยาบาลในการลดความกลัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับเคมีบำบัด โดยวรภัทร, จินตนา, และสุพรรณิ (2550) นวัตกรรมดังกล่าว คือ ภาพเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง (animation) เรื่อง “เมื่อหนูดีมารับยาเคมีบำบัด” ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นวัตกรรมดังกล่าวสามารถลดความกลัวได้เฉพาะช่วงที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัดเท่านั้นไม่มีการระบุนการดูแลเพื่อลดความกลัวในด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง และนวัตกรรมโดยกนิษฐา (2554) ซึ่งเป็นนวัตกรรมทางการพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวของเด็กป่วยวัยเรียนที่เริ่มรับรู้การเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว นวัตกรรมดังกล่าวประกอบด้วย ภาพเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง (animation) เรื่อง “เมื่อหนูดีนอนโรงพยาบาล” คู่มือการปฏิบัติตัว ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 นอกจากนี้วิลเลียม, จอยซ์ และเอวา (William, Joyce, & Eva, 2011) ศึกษาการเล่นบำบัดโดยใช้เกมส์คอมพิวเตอร์เสมือนจริงในการลดความวิตกกังวลและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการเล่นบำบัดโดยใช้เกมส์คอมพิวเตอร์เสมือนจริง 30 นาที (5 วัน/สัปดาห์) เกมส์จะมีลักษณะเหมือนกับสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ บริบทต่างๆที่พบ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอาการซึมเศร้าลดลง แต่ระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา มีการทดลองเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม ไม่ได้เน้นเฉพาะด้านจิตใจ ได้แก่ การศึกษาวิจัย ของเกศรา และณิระวรรณ (2553) เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง ซึ่งมีการประเมิน 3 ระยะ คือ ระยะ 1 – 3 เดือนหลังการวินิจฉัยโรค ระยะ 4 – 6 เดือน หลังการวินิจฉัยโรค และระยะ 7 – 12 เดือน หลังการวินิจฉัยโรค ซึ่งพบว่า เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ระยะ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยที่ไม่ได้จัดกระทำเพื่อส่งเสริมคุณภาพ

ชีวิตด้านจิตใจโดยตรง และการศึกษาผลของการฝึกโยคะบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองและเด็กที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็ง ของรัชเชล, แอนน์, ลินดา, ลิซา, และลอรัรา (Russell, Anne, Linda, Lisha & Laura, 2011) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุ 6 – 19 ปี โดยการเข้าร่วมโปรแกรมโยคะบำบัดติดต่อกัน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การฝึกโยคะบำบัด ส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่านั้น ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการศึกษาดังกล่าวจึงต้องมีการทดลองหรือการสร้างนวัตกรรมต่างๆ เพื่อจัดกระทำและมีความเฉพาะเจาะจงต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

จะเห็นได้ว่านวัตกรรมจากงานวิจัยที่ผ่านมา สร้างขึ้นเพื่อลดอาการทางด้านจิตใจเฉพาะ เช่น ความกลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า หรือเพื่อส่งเสริมการปรับตัวและส่งเสริมคุณภาพชีวิต มิใช่เป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยรวม ซึ่งคุณภาพชีวิตด้านจิตใจนั้น นอกจากจะหมายถึงความรู้สึกทางด้านลบ เช่น กลัว วิตกกังวล ซึมเศร้า แล้ว ยังหมายรวมถึง ความทุกข์ทรมานจากความปวดด้วย ซึ่งจิตใจเป็นเรื่องละเอียดอ่อน หากไม่ได้รับการแก้ไขเบื้องต้น เด็กจะจำฝังใจ และเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดความคิดทางด้านลบ ไม่มีความสุข เป็นจุดเริ่มต้นให้เด็กแสดงพฤติกรรมด้านลบ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กลัวการรักษา จะทำให้ส่งผลต่อด้านร่างกาย และสังคมตามมาอีกด้วย วิธีการหนึ่งที่จะสามารถทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งดีขึ้น คือ การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) (Glicker, 2009) เนื่องจากเด็กในวัยนี้จะมีพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลงทางระบบความคิดที่มีเพิ่มมากขึ้น มีความสามารถที่จะใช้คำพูดที่เป็นนามธรรมสูง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถสูง สามารถพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง รู้จักวิเคราะห์และเข้าใจมุมมองที่แตกต่าง (นิศยา, 2551) จึงคาดว่าน่าจะมีเหมาะสมที่จะสามารถใช้วิธีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ซึ่งเกิดจากการรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Marram, 1978)

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ไม่พบการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง แต่มีการศึกษาในเด็กกำพร้าและในวัยผู้ใหญ่ที่มีผลต่อด้านจิตใจ เช่น วิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ และความเครียด เป็นต้น จากการศึกษาของ คูมาเคช, แคนเตอร์-เกรย์, แมลิง, และแบจุนิรวี (Kumakech, Cantor-Graae, Maling, & Bajunirwe, 2009) ซึ่งใช้โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีในเด็กกำพร้าที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยทำการศึกษาในเด็กอายุ 10 – 15 ปี และทำการติดตามประเมินด้านจิตใจของเด็ก พบว่า มีระดับความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์โกรธลดลง นอกจากนี้ยังพบว่า มีการศึกษาในวัยผู้ใหญ่ เช่น การศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มารดาที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่ามารดาที่ได้รับบริการสุขภาพตามวิธีปกติ (นภัสวรรณ, 2545) และผลการศึกษาการเข้าร่วมกลุ่ม

ช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จทันทีและภายหลัง 4 สัปดาห์ ต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (บุศกร, 2549) จะเห็นได้ว่า ผู้ที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) จะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ ซึ่งกันและกัน จากเหตุการณ์จริงของสมาชิกกลุ่ม ทำให้ได้มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาสามารถเผชิญกับสิ่งต่างๆ ได้

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบว่ามีการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็ง ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเด็กกลุ่มดังกล่าวได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) จะได้รับทราบข้อมูลและประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริง ส่งผลทำให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วัตถุประสงค์ย่อย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำถามการวิจัย

1. กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในวันที่ 1 แตกต่างจากวันที่ 4 ของการวิจัยหรือไม่
2. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือไม่
3. กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจแตกต่างจากกลุ่มควบคุมหรือไม่

4. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่

กรอบแนวคิด

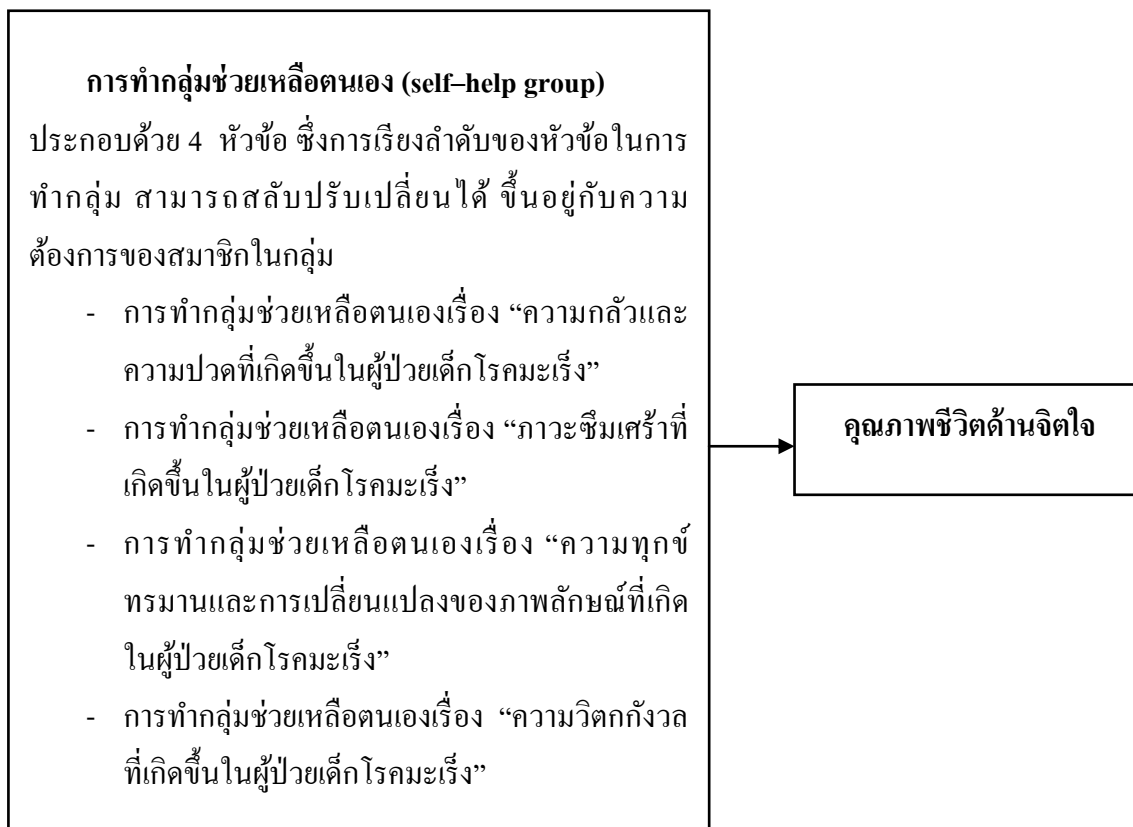
การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิด ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง และแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ซึ่งได้จากการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ภาวะความเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุด คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ มีทั้งความรู้สึกลงในด้านบวกและลบ ซึ่งความรู้สึกลงทางด้านบวก เช่น ความสุข ความสนุกสนาน หรือความรู้สึกลงด้านลบ เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความปวด ความทุกข์ทรมานจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษา ความกลัว (Ferrell et al., 1995) และนอกจากนี้ยังหมายถึงการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง มีสมาธิในการตัดสินใจ รับรู้ถึงความสามารถและมีความเข้าใจในการจัดการกับความเศร้า ความวิตกกังวล ความปวด เป็นต้น (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ผลของการศึกษาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในครั้งนี้ ได้แก่ การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ของบุนนาค และคณะ (2551) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจมีคะแนนเฉลี่ยรายด้านต่ำสุด การศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมและภาวะสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต ซึ่งได้มีการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็กของเชลท์เซอร์ และคณะ (Zeltzer et al., 2008) พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสีที่บริเวณกะโหลกศีรษะจะมีภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับการรักษาด้วยการฉายรังสี การศึกษาของลี และคณะ (Li et al., 2010) ที่มีการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงมาก และผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งมีอาการซึมเศร้า ส่วนซีแบรค และเชสเลอร์ (Zebrack & Chesler, 2002) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความกลัวเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การรักษาและจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วย เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4 – 5 ปี ติดต่อกัน ได้รับการรักษาหรือการตรวจวินิจฉัยที่ก่อให้เกิดความปวด เช่น เจาะเลือด เจาะไขกระดูก ตัดชิ้นเนื้อ เป็นต้น หรือผลข้างเคียงของการได้รับยาเคมีบำบัด ทำให้คลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่างกายลักษณะมีการเปลี่ยนแปลง เป็นต้น ส่งผลให้มีการเผชิญกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (อิสรางค์ และสุรพันธ์, 2552)

จะเห็นว่าผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความรู้ลึกทางด้านลบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ เนื่องจากมีความกลัว ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเหล่านั้นมีความผาสุกหรือความสุข

วิธีการหนึ่งที่จะทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งดีขึ้น คือ การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เนื่องจากวิธีการดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการรับรู้ รวมถึงมีความสามารถและมีความเข้าใจในการจัดการกับความกลัว ความปวด ความเศร้า ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวล โดยแนวคิดดังกล่าวเป็นการรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Marram, 1978) ซึ่งจะสามารถนำมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา พร้อมทั้งร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ซึ่งความถี่และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่ม จัดจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วัน ติดต่อกัน ครั้งละ 30 – 45 นาที แต่ทั้งนี้ความถี่และระยะเวลาอาจปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับเนื้อหาและความพร้อมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีจำนวน 5 - 10 ราย โดยเป็นกลุ่มเดิมตลอดทั้ง 4 ครั้ง ในแต่ละครั้งให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และร่วมอภิปราย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหา ส่วนการเรียงลำดับหัวข้อของการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ (1) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความกลัวและความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” (2) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” (3) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” และ (4) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” วิธีการต่างๆ เหล่านี้ เป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นจากประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีความรู้สึกผ่อนคลาย รับรู้ถึงความสามารถในการจัดการกับความกลัว ซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล และความปวด และสามารถส่งเสริมให้เผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ เนื่องจากเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลงทางระบบความคิดที่มีเพิ่มมากขึ้น มีความสามารถที่จะใช้คำพูดที่เป็นนามธรรมสูง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถสูง สามารถพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง ดังนั้นจึงคาดว่าการทำงานกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) น่าจะมีความเหมาะสมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจให้มีการพัฒนาในระดับที่เพิ่มมากขึ้น ดังแสดงในภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในวันที่ 1 ไม่แตกต่างจากวันที่ 4 ของการวิจัย
2. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
3. กลุ่มทดลองก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างจากกลุ่มควบคุม
4. กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่ากลุ่มควบคุม

นิยามศัพท์

1. การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่จัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา พร้อมทั้งร่วมแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง ซึ่งความถี่และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่ม จัดจำนวน 4 ครั้ง ใน 4 วันติดต่อกัน ครั้งละ 30 – 45 นาที แต่ทั้งนี้ความถี่และระยะเวลาอาจปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับเนื้อหาและความพร้อมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มมีจำนวน 5 - 10 ราย ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เป็นกลุ่มเดิมตลอดทั้ง 4 ครั้ง โดยในครั้งแรกผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และเป็นผู้นำกลุ่ม และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่มตามความสมัครใจในครั้งถัดไป โดยผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ ในแต่ละครั้งให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และร่วมอภิปราย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหาส่วนการเรียงลำดับหัวข้อของการทำกลุ่มขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ (1) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความกลัวและความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” (2) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” (3) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” และ (4) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” นอกจากนี้ในสุดท้ายจะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมกิจกรรมโดยผู้วิจัยอีกครั้ง

2. คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ หมายถึง ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการรับรู้ว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหรือความสุขด้านจิตใจตามอัตภาพ เนื่องจากการรับรู้สภาพทางจิตใจและความรู้สึกทางด้านบวกที่มีต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง มีสมาธิในการตัดสินใจ รวมถึงมีความสามารถและมีความเข้าใจในการจัดการกับความกลัว ความปวด ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน และความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง หากได้รับการจัดการความรู้สึกหรืออารมณ์ต่างๆ เหล่านี้จะทำให้มีความสุขและเกิดความรู้สึกทางด้านบวกต่อตนเอง จากการประเมินความรู้สึกหรือความคิดเห็นของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยประเมินจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ของบุญกรและคณะ (2551)

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ที่มีอายุระหว่าง 11 – 17 ปี ที่เข้ารับการรักษา ณ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในช่วงเดือน กุมภาพันธ์ ถึง กันยายน พ.ศ. 2557

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี
2. นำไปสู่การพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดี
3. สามารถนำองค์ความรู้เพื่อถ่ายทอดแก่นักศึกษาพยาบาลได้ต่อไป

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตของการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องตามลำดับ ดังนี้

1. โรคมะเร็งในเด็ก

- 1.1 ความหมายของโรคมะเร็งในเด็ก
- 1.2 อุบัติการณ์
- 1.3 ชนิดของโรคมะเร็งในเด็ก
- 1.4 การรักษาโรคมะเร็งในเด็ก
- 1.5 ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว
- 1.6 การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็ก

2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

- 2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
- 2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
- 2.3 คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
- 2.5 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

3. แนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

- 3.1 ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.2 ความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.3 จุดมุ่งหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.4 รูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.5 การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.6 บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม
- 3.7 บทบาทพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.8 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
- 3.9 ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของ

ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

1. โรคมะเร็งในเด็ก

1.1 ความหมายของโรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็ง (cancer) คือ กลุ่มเซลล์ที่มีลักษณะผิดปกติและไม่สามารถควบคุมการแบ่งเซลล์ที่เกิดขึ้นได้ หรือมีการแพร่กระจายไปในเซลล์ที่อยู่รอบด้านและอวัยวะใกล้เคียง นอกจากนี้ยังสามารถกระจายเข้าไปในกระแสเลือดหรือระบบน้ำเหลืองได้อีกด้วย (อิศรางค์ และสุรพันธ์, 2552)

1.2 อุบัติการณ์

สถิติการเกิดโรคมะเร็งในเด็กในประเทศไทยพบว่า มีถึง 1,000 รายต่อปี โดยจากสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติล่าสุด ปี 2554 พบว่า เด็กอายุ 0 – 19 ปี เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุด โดยพบถึง ร้อยละ 32 รองลงมา คือ มะเร็งสมอง ร้อยละ 17 มะเร็งจอประสาทตา ร้อยละ 9 และมะเร็งอื่นๆ ที่พบในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 4 เช่น มะเร็งต่อมหมวกไต มะเร็งไต มะเร็งกระดูก และมะเร็งกล้ามเนื้อลาย มะเร็งตับ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น ซึ่งมีเด็กอายุ 11 – 19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยมะเร็งรายใหม่ทั้งหมดถึง ร้อยละ 32 (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555) นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุระหว่าง 11 – 17 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในปี พ.ศ. 2555 มีจำนวน 82 ราย (สถิติโรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2556)

1.3 ชนิดของโรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็งในเด็กที่พบได้บ่อย แบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และกลุ่มที่เป็นเนื้องอกชนิดร้ายแรง (บุญเพียร, 2555) ดังต่อไปนี้

1.3.1 มะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว เนื่องจากมีการสร้างเม็ดเลือดขาวตัวอ่อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และมีการแทรกเข้าไปอยู่ในอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น ไชกระดูก ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น ไชกระดูกถูกกดการทำงาน ส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดลดลง ตับ ม้าม ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดกระดูก เป็นต้น (พรทิพย์, 2554;

วิลาวณีย์, 2554; Conter, Rizzari, Sala, Chiesa, & Citterio, 2004) ซึ่งสาเหตุของโรคไม่ทราบแน่ชัด แต่มีปัจจัยส่งเสริม คือ ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น ดาวน์ซินโดรม (Down's syndrome) โรคซีดแฟนโคไน (Fanconi anemia) การได้รับรังสี ยาหรือสารเคมีบางชนิด เด็กฝาแฝดไข่ใบเดียวกัน จะมีอัตราเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นในการเกิดโรคมะเร็ง ชนิดของมะเร็งเม็ดเลือดขาวเมื่อแบ่งตามลักษณะการเกิดมี 2 ลักษณะ คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute Leukemia) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (Chronic Leukemia) และเมื่อแบ่งตามลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดขาว สามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ชนิดลิมโฟบลาสต์ (Acute Lymphoblastic Leukemia: ALL) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันที่มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ที่ไม่ใช่ลิมโฟบลาสต์ (Acute Non Lymphoblastic Leukemia: ANLL) (Marino & Fine, 2007)

อาการและอาการแสดง โดยอาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกด จะมีอาการแสดงของเม็ดเลือดแดงต่ำ (Marino & Fine, 2007) ได้แก่ ซีด อ่อนเพลีย หอบเหนื่อย หัวใจเต้นเร็ว หัวใจวายจากซีดมาก (พรทิพย์, 2552) มีอาการแสดงของเม็ดเลือดขาวต่ำ (Marino & Fine, 2007) ได้แก่ มีไข้ แผลในปาก และอาการแสดงของเกล็ดเลือดต่ำ ได้แก่ มีเลือดออกง่าย พบจุดหรือจ้ำเลือดตามตัว เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน เลือดออกในสมอง ในระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น ถ้าเซลล์มะเร็งลุกลามเข้าเนื้อสมอง จะมาด้วยอาการแขนขาอ่อนแรง ชัก ถ้าลุกลามเข้าไขสันหลัง จะมีอาการปวดหลัง ปวดขา ชาและอ่อนแรง ลุกลามเข้าไปในไฮโปทาลามัสจะทำให้รับประทานอาหาร อ้วน และมีพฤติกรรมผิดปกติ ลุกลามไปยังระบบอวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ เซลล์มะเร็งจะลุกลามเข้าลูกอัณฑะ ทำให้ลูกอัณฑะโต แข็ง แต่ไม่ปวด อาจพบไตโตกว่าปกติ หากมีการลุกลามไปยังระบบทางเดินอาหาร มีอาการเลือดออก อาเจียนหรือถ่ายเป็นเลือดสด แผลในปาก เหงือกบวม อาจพบฝีที่ก้น มีก้อนที่คอหรือในท้อง ระบบกระดูกและข้อ ทำให้ปวดกระดูก ข้อ จากเซลล์มะเร็งลุกลามเข้าไปที่เยื่อหุ้มกระดูก เนื้อกระดูก หรือไขกระดูกพอกนูนจากเซลล์มะเร็ง ลุกลามไปยังตา จะพบเลือดออกในจอตา ตาโปน (พรทิพย์, 2552) ส่วนอาการและอาการแสดงที่เกิดจากเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวลุกลามไปในอวัยวะอื่นๆ เช่น เซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง ตับ ม้าม ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโต ม้ามโต หากมีการลุกลามไปยังระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้มีอาการทางเยื่อหุ้มสมองจะมีอาการปวดศีรษะ อาเจียน ตามัว (Marino & Fine, 2007)

1.3.2 มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymphoma) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของกลุ่มเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เช่น เม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ และอาจเกิดขึ้นกับอวัยวะของ

ระบบน้ำเหลือง ได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม และทอนซิล เป็นต้น มะเร็งต่อมน้ำเหลืองสามารถแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ (สวีตา, 2554) ได้แก่

กลุ่มที่ 1 คือ มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน (Hodgkin's Disease) ยังไม่ทราบสาเหตุการเกิดที่ชัดเจน (Marino & Fine, 2007) แต่อาจพบว่าการแพร่จากต่อมน้ำเหลืองหนึ่งไปยังอีกต่อมน้ำเหลืองหนึ่ง พบต่อมน้ำเหลืองมีขนาดโตขึ้น โดยส่วนใหญ่จะเริ่มโตที่บริเวณคอและเมดิเอสตินัม แล้วจึงมีการแพร่กระจายไปบริเวณต่อมน้ำเหลืองที่ติดต่อกัน แล้วจึงแพร่ไปยังอวัยวะอื่นๆ ได้แก่ ปอด ตับ ม้าม และไขกระดูก โดยปกติเซลล์ในระบบน้ำเหลืองจะมีหน้าที่ในการผลิต ลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ฮิสติโอไซต์ (histiocyte) และโมโนไซต์ (monocyte) และกำจัดสิ่งแปลกปลอมที่ปลอมปนมากับน้ำเหลือง โดยแมคโครฟาจ (macrophage) จะสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกาย แต่ผู้ป่วยเด็กที่เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน จะพบเซลล์ฮิสติโอไซต์ (histiocyte) มีขนาดใหญ่ในต่อมน้ำเหลือง มีนิวเคลียสหลายอัน และนิวเคลียสที่พบมีลักษณะเว้าเป็นสองลอน ไซโตพลาสซึม (cytoplasm) มีรูปร่างที่ไม่แน่นอน แต่นิวคลีโอล (nucleoli) ชัดเจน เรียก ริค สเติร์นเบิร์ก เซลล์ (Reed – Sternberg cell: RS) อาการที่พบ ส่วนใหญ่จะพบว่าต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมน้ำเหลืองโตจะไม่เจ็บ ไม่มีการอักเสบ แข็งคล้ายยางลบ ในระยะแรกจะโตทีละต่อมและเป็นข้างเดียว (พรทิพย์, 2552)

กลุ่มที่ 2 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน (Non Hodgkin's Lymphoma) มีบีเซลล์ลิมโฟไซต์ (B – cell lymphocyte) และทีเซลล์ลิมโฟไซต์ (T-cell lymphocyte) ที่อยู่ในระบบน้ำเหลืองเจริญเติบโตผิดปกติ (Marino & Fine, 2007) โดยเกิดจากความผิดปกติของยีน ที่เป็นผลมาจากการเคลื่อนย้าย (translocation) ส่งผลให้การควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์มีการทำงานที่ผิดปกติ เซลล์จะมีการเจริญเติบโตมากแต่จะไม่มีการแก่ตัว ทำให้เกิดเป็นก้อนมะเร็ง และอาจเกิดจาก ออนโคจิเนติก ไวรัส (oncogenic virus) ซึ่งจะมีโอกาสเกิดได้มากขึ้นถ้าผู้ป่วยเด็กมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือ ได้รับความกดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ทำให้ขาดความสามารถในการจดจำและทำลายออนโคจิเนติก ไวรัส (oncogenic virus) หรือเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน (Non Hodgkin's Lymphoma) อาการที่พบ จะมีความคล้ายคลึงกับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน (Hodgkin's Disease) และมะเร็งเม็ดเลือดขาว ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นที่บริเวณช่องท้อง คอ กัดไม่เจ็บ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณคลาวิเคิล (clavicle) ซุปราคลาวิเคิล (supra clavicle) โตโดยไม่ทราบสาเหตุ ก้อนจะโตเร็วในระยะเวลา 1 – 2 สัปดาห์ ก้อนจะแข็ง (พรทิพย์, 2552) มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน (Non Hodgkin's Lymphoma) มักจะพบในเพศชายมากกว่าเพศหญิง และช่วงอายุที่พบมากที่สุด คือ ระหว่าง 7 – 11 ปี (Marino & Fine, 2007)

1.3.3 เนื้องอกชนิดร้ายแรง

เนื้องอกชนิดร้ายแรง (solid tumor) เป็นเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์ใหม่ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติ และมีการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอมากที่สุด เซลล์ใหม่นี้จะไม่ทำลายเซลล์เดิมโดยตรง แต่จะแย่งอาหารและออกซิเจนในเลือด เพื่อหล่อเลี้ยงให้เซลล์ใหม่เจริญเติบโตและคุกคามเข้าไปแทนที่จนเซลล์เดิมไม่สามารถอยู่ได้ (พรทิพย์, 2554; วิลาวัณย์, 2554) สำหรับเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่พบบ่อยในเด็ก เช่น โรคมะเร็งของเซลล์ประสาท (neuroblastoma) ซึ่งพบได้บริเวณช่องท้อง ช่องอก ศีรษะ และคอ เป็นต้น เนื้องอกในสมอง (brain tumor) เนื้องอกของเซลล์กล้ามเนื้อลาย (rhabdomyosarcoma) เนื้องอกที่ไต (Wilm's tumor) เป็นต้น อาการและการรักษาอาจมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Marino & Fine, 2007)

1.4 การรักษาโรคมะเร็งในเด็ก

เป้าหมายของการรักษาโรคมะเร็งในเด็กขึ้นอยู่กับชนิด ขนาดและระยะของโรคมะเร็งมีทั้งเพื่อให้หายจากโรค และเพื่อบรรเทาอาการ โดยจะมีการพิจารณาเลือกใช้วิธีที่เหมาะสมกับชนิดและสถานะของโรคมะเร็งในเด็กขณะนั้น วิธีการรักษาโรคมะเร็งที่เลือกใช้ทั่วไป ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) การฉายรังสี (radiation therapy) การผ่าตัด (surgery) นอกจากนี้ยังอาจมีการรักษาทางเลือกอื่น ได้แก่ การรักษาทางภูมิคุ้มโนวิทยา (immunotherapy) การปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) ยีนบำบัด (gene therapy) โดยจะเลือกใช้วิธีการรักษาเหล่านี้เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง การรักษาอาจเป็นวิธีการรักษาแบบเดี่ยวหรือแบบผสมผสาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบผสมผสาน (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552) ดังนี้

1.4.1 เคมีบำบัด

การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) คือ การใช้ยาด้านมะเร็ง (anticancer drugs) เพื่อรักษาโรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัดจะไหลไปตามกระแสเลือดทั่วร่างกายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งทุกแห่งไม่ว่าจะอยู่ตรงตำแหน่งใด (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552) มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งนั้นๆ เป็นการควบคุมโรค รักษาแบบประคับประคอง และเพื่อเป็นการรักษาเสริมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น นอกจากนี้ยังให้ในผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นสุดท้ายหรือมีมะเร็งแพร่กระจายมากแล้ว การให้เคมีบำบัดเป็นวิธีที่นิยมใช้ในการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก และพบว่ามีประสิทธิภาพมากในการรักษาเหมาะสมสำหรับโรคมะเร็งที่มีการแพร่กระจายหรือใช้เป็นการรักษาเสริม ในปัจจุบันมีการนำยา

เคมีบำบัดหลายชนิดมาใช้ร่วมกันทำให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น โดยมีพิษจากยาแต่ละชนิดน้อยลง ลดโอกาสที่จะคือยาของผู้ป่วยได้ ทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดไม่สามารถแยกเซลล์มะเร็งกับเซลล์ปกติได้ จึงทำให้มีการทำลายเซลล์ปกติที่มีการแบ่งตัวเร็วด้วย เช่น ไขกระดูก เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร รากผม เป็นต้น (อัญชญา, 2554) หลักการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดแบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1.4.1.1 การชักนำให้โรคสงบ (induction of remission) เป็นการให้ยาเคมีบำบัดเพื่อการทำลายเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด (Marino & Fine, 2007) แต่ทำอันตรายต่อเซลล์ปกติน้อยที่สุด เพื่อให้ระบบการสร้างเม็ดเลือดปกติฟื้นตัวอย่างรวดเร็ว ยาที่ใช้จึงควรเป็นยาที่สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งเม็ดเลือดขาวได้จำเพาะ และกดไขกระดูกปกติน้อยที่สุดหรือไม่กดเลย โดยจะถือว่าโรคสงบเมื่อตรวจพบเซลล์ตัวอ่อน (blast cell) ในไขกระดูกมีน้อยกว่าร้อยละ 5 ของเซลล์ทั้งหมด (พรทิพย์, 2554) ยาที่นิยมใช้ คือ แอล-แอสพาราจินาส (L-asparaginase) และเม็ทโทเทกเซท (methotrexate) วินคริสติน (vincristine) ร่วมกับเพรดนิโซโลน (prednisolone) จะพบว่า ผู้ป่วยเด็กกว่าร้อยละ 90 จะอยู่ในภาวะโรคสงบได้ (Marino & Fine, 2007)

1.4.1.2 การให้ยาอย่างเต็มที่ (consolidation or intensification therapy) เป็นการให้ยาเคมีหลายชนิดหลังจากผู้ป่วยเด็กอยู่ในระยะโรคสงบแล้วไม่นาน เพื่อที่จะทำลายเซลล์มะเร็งให้เหลือจำนวนน้อยที่สุด จะได้มีระยะโรคสงบนานขึ้น (Marino & Fine, 2007) โดยให้ยาที่ออกฤทธิ์ต่างๆ กัน เพื่อไม่ให้เซลล์มะเร็งคือยา เช่น เพรดนิโซโลน (prednisolone) ร่วมกับเม็ทโทเทกเซท (methotrexate) และไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) ที่มีขนาดสูง ในระยะเวลา 7 วัน และอาจเพิ่มยาไซโตซินอะราบินอไซด์ (cytosine arabinoside) อีกรวมเป็นระยะเวลา 14 วัน (พรทิพย์, 2554)

1.4.1.3 การป้องกันไม่ให้โรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (CNS prophylaxis) เป็นการให้ยาเคมีเพื่อป้องกันไม่ให้เซลล์มะเร็งแพร่กระจายเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง ซึ่งเป็นตำแหน่งที่ยาเคมีผ่านสิ่งขวางกั้นระหว่างเลือดและสมอง (blood brain barrier) ได้ไม่ดี ทำให้เซลล์มะเร็งสามารถแบ่งตัวมากขึ้นและกระจายไปทั่วร่างกาย ทำให้โรคกลับเป็นขึ้นมาใหม่ได้ (พรทิพย์, 2554)

1.4.1.4 การควบคุมให้โรคสงบ (maintenance or continuation therapy) เป็นการให้ยาเพื่อควบคุมไม่ให้เซลล์เจริญขึ้นอีก หลังจากเสร็จสิ้นการรักษา โดยให้ยาต้านมะเร็งหลายๆ ชนิดรวมกัน เพื่อลดการคือยาของเซลล์มะเร็ง และฆ่าเซลล์มะเร็งให้มากที่สุด ใช้นี้มักใช้เวลาประมาณ 2 - 3 ปี จึงหยุดยาได้ (พรทิพย์, 2554) ผู้ป่วยเด็กจะได้รับยาเคมีบำบัดทางไขสันหลัง เช่น จะได้รับเม็ทโทเทกเซท (methotrexate) ทุกๆ 3 เดือน เพรดนิโซโลน (prednisolone) ร่วมกับวินคริสติน (vincristine) เดือนละ 1 ครั้ง และยารับประทาน เช่น เม็ทโทเทกเซท (methotrexate) และซิกซ์-เมอร์แคปโทเพอริน (6-mercaptopurine) (Marino & Fine, 2007)

ปัจจุบันประเทศไทยได้มีแนวปฏิบัติการรักษา (protocol) ที่มีมาตรฐานเดียวกัน โดยใช้แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาเด็กโรคมะเร็งของชมรมโรคมะเร็งในเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group: ThaiPOG) เช่น การรักษามะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส ประกอบด้วย การรักษาเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี (low risk ALL) และกลุ่มโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี (high risk ALL) (ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย, 2556) ดังนี้

ตัวอย่างการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี (low risk ALL) ประกอบด้วย 5 ระยะ (ภาคผนวก ก)

1.4.2 การฉายรังสี

การฉายรังสี (radiation therapy) เป็นวิธีการทำลายเซลล์มะเร็งด้วยการใช้รังสีที่มีพลังงานสูงโดยการยิงลำแสงเข้าไปที่บริเวณก้อนมะเร็งหรือบริเวณรอบๆ เซลล์มะเร็ง (อิสรารักษ์ และสุรพันธ์, 2552) ซึ่งปริมาณรังสีที่ใช้ในการรักษาขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยเด็ก ตำแหน่งและขนาดของมะเร็ง การรักษาแบบนี้สามารถทำลายเซลล์มะเร็งบริเวณนั้นได้ การฉายรังสีไม่สามารถฆ่าเซลล์มะเร็งที่มีขนาดใหญ่ได้ แต่มีประโยชน์ในการลดขนาดของก้อนเนื้อมะเร็งเป็นการรักษาแบบประคับประคอง บรรเทาอาการปวดที่เกิดขึ้น เป็นต้น (อัญชญา, 2554)

1.4.3 การผ่าตัด

การผ่าตัด (surgery) การผ่าตัดเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญของการรักษา วัตถุประสงค์ของการผ่าตัด เพื่อทำการตัดชิ้นเนื้อไปตรวจเพื่อการวินิจฉัยชนิดของโรคมะเร็ง สำหรับเนื้องอกหลายชนิด การผ่าตัดเป็นการกำจัดเนื้องอกจากร่างกาย ซึ่งจะทำให้เนื้อเยื่อบริเวณรอบๆ เนื้องอกและต่อมน้ำเหลืองอาจถูกตัดออกไปด้วย ในบางกรณีการให้ยาเคมีบำบัดหรือการฉายรังสีจะส่งผลให้เนื้องอกหดตัวเล็กลงก่อนที่จะผ่าตัด ซึ่งการทำให้ขนาดเนื้องอกเล็กลงช่วยทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น (อิสรารักษ์และสุรพันธ์, 2552) วิธีการนี้จะมีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็งให้หายขาด กรณีที่มะเร็งอยู่ในระยะเริ่มแรก ขนาดไม่ใหญ่เกินไป และอยู่ในอวัยวะที่ไม่สำคัญหรืออยู่ในอวัยวะที่สามารถทำการผ่าตัดได้ ส่วนมะเร็งที่มีขนาดใหญ่เกินกว่าจะผ่าตัดให้หายขาดหรือมะเร็งแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น การผ่าตัดช่วยให้ผู้ป่วยเด็กสบายขึ้น สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติไปอีกระยะหนึ่ง โรคมะเร็งที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เช่น เนื้องอกในสมอง และเนื้องอกที่ไต เป็นต้น

1.4.4 การรักษาทางภูมิคุ้มกันวิทยา

การรักษาทางภูมิคุ้มกันวิทยา (immunotherapy therapy) เป็นการกระตุ้นเพื่อให้ระบบภูมิคุ้มกันมีการตอบสนองต่อเซลล์มะเร็งได้ดีขึ้น เป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในวงการแพทย์และกำลังจะมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในการรักษาโรคมะเร็ง เนื่องจากช่วยทำให้การรักษาด้วยเคมีบำบัดและการผ่าตัดได้ผลดียิ่งขึ้น โดยอาศัยหลักการกระตุ้นให้ร่างกายสามารถค้นหาแอนติเจนจากเซลล์มะเร็งได้ หรือการกระตุ้นให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันมากขึ้น จะโดยทางตรง หรือทางอ้อมก็ตาม ซึ่งจะทำให้มะเร็งมีการเจริญช้าลง หรือหยุดการเจริญเติบโต มักใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดไมอีลอยด์ (chronic myelogenous leukemia) และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน เป็นต้น (พรทิพย์, 2555)

1.4.5 การปลูกถ่ายไขกระดูก

การปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) เป็นการรักษาวิธีใหม่ที่น่ามาใช้กันแพร่หลายมากขึ้น และมักใช้ในผู้ป่วยโรคมะเร็งที่มีอาการรุนแรง ไม่อาจรักษาให้หายขาดได้โดยการรักษาด้วยวิธีอื่น การปลูกถ่ายไขกระดูกและสเต็มเซลล์ มี 3 วิธี คือ การปลูกถ่ายจากเซลล์ของตนเอง (autologous transplant) การปลูกถ่ายจากเซลล์ของผู้อื่น (allogeneic transplant) (กลีบสไบ, 2549) และการปลูกถ่ายจากเซลล์ของฝาแฝด (syngeneic transplant) และวิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การปลูกถ่ายจากเซลล์ของตนเอง (autologous transplant) โดยมักจะใช้รักษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ยังไม่มีการแพร่กระจายไปยังไขกระดูก (พรทิพย์, 2555) การรักษาด้วยวิธีการนี้นิยมใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน เนื่องจากชนิดร้ายแรงบางชนิด เป็นต้น (กลีบสไบ, 2549)

1.4.6 การรักษาด้วยฮอร์โมน

การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) วิธีการรักษาชนิดนี้ ใช้กลไกการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ เมื่อฮอร์โมนจับกับฮอร์โมนออลรีเซฟเตอร์ อาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของโปรตีน เพื่อที่จะจับกับดีเอ็นเอ การรักษาด้วยวิธีนี้จะมีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยเด็กน้อยกว่าการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด (พรทิพย์, 2555)

1.4.7 ยีนบำบัด

ยีนบำบัด (gene therapy) วิธีการดังกล่าวนี้ สามารถแก้ไขความผิดปกติของยีนที่มีการหายไป จากการที่เซลล์ปกติกลายเป็นเซลล์มะเร็ง และจะสามารถยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงเซลล์มะเร็งได้ นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้กับการรักษามะเร็งวิธีอื่นๆ ได้แก่ การใส่ยีนที่ทำให้เซลล์ไขกระดูกปกติคือต่อเคมีบำบัด เพื่อที่เซลล์ไขกระดูกจะไม่ได้รับผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด การใส่ยีนไซโตไคน์ชนิดต่างๆ เข้าไปในเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันจากโรคมะเร็ง การใส่ยีนซ่อมแซมดีเอ็นเอในเซลล์ที่ได้รับผลกระทบจากเคมีบำบัด เป็นต้น (พรทิพย์, 2555)

การรักษาโรคมะเร็งในเด็กมีความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น โดยแนวทางการรักษามักจะใช้หลายวิธีร่วมกัน โดยเป้าหมายของการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กหายขาดหรือประคับประคองให้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น และแม้ว่าการรักษาด้วยวิธีการต่างๆ จะให้ประสิทธิภาพในการรักษาสูง แต่ในขณะเดียวกันก็อาจเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงหลายอย่าง ซึ่งเป็นสิ่งที่กระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

1.5 ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก และครอบครัว

เมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตทั้งตัวผู้ป่วย และครอบครัว โดยเฉพาะ โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลายาวนาน มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิต แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่การรักษาและติดตามผลหลังการรักษาต้องใช้ระยะเวลานาน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเผชิญกับการเกิดอาการข้างเคียงจากโรคและการรักษาต่างๆ ปัญหาเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง และครอบครัว ดังนี้

1.5.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วยเด็ก

1.5.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย จะเป็นผลกระทบโดยตรงที่เกิดกับผู้ป่วยเด็ก อาจเกิดจากผลกระทบของโรคและจากการได้รับการรักษาจากยาเคมีบำบัด ซึ่งยาเคมีบำบัดจะทำลายเซลล์มะเร็งที่มีการแบ่งตัวเร็วผิดปกติ จึงส่งผลกระทบต่อเซลล์ปกติของร่างกายที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็วด้วย เช่น เซลล์เยื่อทางเดินอาหาร เซลล์ไขกระดูก และรากผม เป็นต้น (พรทิพย์, 2555) ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างหรือหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ การเจ็บป่วยจะมีผลต่อด้านร่างกายและการเจริญเติบโต เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้งต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบ และสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่เป็นข้อจำกัด (จิรัญญา, 2547) และยัง

ทำให้ขาดโอกาสที่จะมีร่างกายที่สมบูรณ์ จากภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายผิดปกติ เซลล์มะเร็งเป็นเซลล์ที่มีการแบ่งตัวอย่างรวดเร็ว และเป็นเซลล์มีชีวิต ทำให้ต้องการสารอาหารที่ใช้ในการเจริญเติบโต จึงเกิดการแย่งสารอาหารในการสร้างการเจริญเติบโตในเซลล์ปกติทำให้ร่างกายขาดสารอาหารที่ได้รับ (ปัญจะ, 2540) ผลกระทบจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงในระบบต่างๆ ดังนี้

ระบบทางเดินอาหาร มีอาการต่างๆ ได้แก่ (1) เยื่อช่องปากอักเสบ เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อการแบ่งตัวของเซลล์เยื่อช่องปาก ทำให้มีอาการปากแห้ง เจ็บ และมีแผล อาจจะมีการติดเชื้อในช่องปากได้ อาการนี้จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 5 - 7 วัน และหลังจากหยุดการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดอาการจะดีขึ้น (2) เมื่ออาหารเนื่องจากการรับรสเปลี่ยน ความอยากรับประทานอาหารลดลง อาการนี้จะเกิดขึ้นชั่วคราวและจะหายไป ภายใน 2 - 6 สัปดาห์หลังจากหยุดการรับยาเคมีบำบัด (พรทิพย์, 2555) (3) คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบมากที่สุด ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณยาของยาเคมีบำบัดที่ได้รับ รวมทั้งชนิดของโรคมะเร็ง อาการจะเกิดได้ภายใน 2 - 3 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัด หรือหลังจากได้ยาแล้วมากกว่า 24 ชั่วโมง ส่วนใหญ่จะหายไปภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากหยุดการได้รับยาเคมีบำบัด (4) ท้องร่วง เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์เยื่อของระบบทางเดินอาหาร ทำให้การย่อยและดูดซึมอาหารลดลง อาการจะเป็นอยู่ชั่วคราว และจะดีขึ้นเมื่อยาหมดฤทธิ์ อาการท้องร่วงจะมีลักษณะถ่ายเหลวหรือเป็นน้ำ ถ่ายบ่อยขึ้นมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งต่อวัน อาจเกิดขึ้นหลังจากได้รับยาเคมีบำบัดภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมง (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.) และ(5) ท้องผูก เนื่องจากยาเคมีบำบัดมีผลต่อเส้นประสาทบริเวณลำไส้ ทำให้ลดการเคลื่อนไหว โดยจะเกิดขึ้นชั่วคราว และจะดีขึ้นภายหลังจากหยุดการให้ยาเคมีบำบัด (อิสรารักษ์และสุรพันธ์, 2552)

ระบบไขกระดูก ยาเคมีบำบัดมีผลต่อเซลล์มะเร็งและเซลล์ที่มีการแบ่งตัวเร็ว ส่งผลกระทบต่อการสร้างเม็ดเลือด ได้แก่ (1) ไขกระดูกสร้างเม็ดเลือดขาวลดลง ส่งผลให้มีภูมิต้านทานโรคต่ำ ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ส่วนใหญ่จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาแล้ว 10 - 14 วัน และจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นภายใน 1 - 2 สัปดาห์ หลังจากหยุดการให้ยาเคมีบำบัด (2) การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะโลหิตจาง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง จากเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จะเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาประมาณ 7 วัน และอาการจะเริ่มดีขึ้น (3) เกล็ดเลือดต่ำ ทำให้เกิดภาวะเลือดออกง่าย พบจุดหรือจ้ำเลือดตามตัว เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน อาจเกิดขึ้นภายหลังได้รับยาประมาณ 2 สัปดาห์ แล้วจะกลับสู่ปกติประมาณสัปดาห์ที่ 3 - 4 หลังได้รับยาเคมีบำบัด (พรทิพย์, 2555)

ระบบผิวหนังและเส้นผม จะพบผิวก้ำดำและมีความไวต่อแสงแดด ผิวหนังแดงมีอาการเจ็บและบวม ผิวหนังแห้งและคัน และอาจพบผื่นแดง (อิสรารักษ์และสุรพันธ์, 2552) นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเส้นผม คือ ผมร่วง โดยเกิดขึ้นภายใน 2 - 3 สัปดาห์ หลัง

ได้รับยาเคมีบำบัด และผมจะงอกขึ้นใหม่ภายใน 2 - 3 เดือน หลังจากที่ได้รับยาเคมีบำบัดครบ (มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย, ม.ป.ป.)

ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ยาเคมีบำบัดบางชนิดสามารถทำให้เส้นประสาทเสียหายได้และเป็นเหตุให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง ชาปลายมือปลายเท้า สูญเสียการทรงตัว (อิสรารักษ์และสุรพันธ์, 2552)

ระบบสืบพันธุ์ ในเพศหญิงทำให้ประจำเดือนมาไม่ปกติ หรือขาดประจำเดือนขณะได้รับการรักษา ส่วนในเพศชายอาจทำให้เชื้ออสุจิลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้มักจะหายไปหลังจากหยุดการรักษาประมาณ 18 - 24 เดือน แต่ในผู้ป่วยบางรายพบว่า การเปลี่ยนแปลงนี้ไม่กลับเป็นปกติ ทำให้มีโอกาสเป็นหมันถาวรได้

1.5.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่

ความกลัว เป็นอารมณ์ตอบสนองเมื่อมีสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสิ่งที่ถูกความวิตกกังวล มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และมักถูกมองว่าเป็นอาการของสภาวะวิกฤตทางด้านการพัฒนาการ (กวี, 2541) ความกลัวเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กมักจะกลัวการรักษาที่ทำให้ปวด กลัวโรคที่เป็นอยู่ว่าจะรักษาไม่หาย (บุษกร และคณะ, 2551) และที่สำคัญผู้ป่วยเด็กจะมีความกลัวเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากผู้ป่วยเด็กเคยมีประสบการณ์การรักษาและจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเด็กโดยตรง (Zebrack & Chesler, 2002)

ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเด็กต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคยภายในโรงพยาบาล จากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ส่งผลกระทบต่อความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเด็ก นั่นคือ ผู้ป่วยเด็กเกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติ ขาดการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต (Wick & Mitchell, 2010) ทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องมีการพึ่งพามากขึ้น ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมและกำหนดกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กอาจจะแยกตัว ไม่พูดคุย ไม่ยอมให้ความร่วมมือในการรักษา เกิดความรู้สึกหงอยเหงา มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (รวิวรรณ, 2545; Zeltzer et al., 2008) ผู้ป่วยเด็กที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า จะมีอาการสำคัญ คือ ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ร่าเริง อาจจะมีความรู้สึกหมดหวัง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า รู้สึกว่าจิตใจได้รับการกระทบกระเทือน จึงทำให้ผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวนี้มีคุณลักษณะที่แตกต่างจากอารมณ์เสียใจที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ ความสามารถในการคิดหรือรวบรวมสมาธิลดลง (สุชาติ, 2542)

ความทุกข์ทรมาน ผู้ป่วยเด็กจะต้องได้รับการรักษาโรคมะเร็งโดยใช้ระยะเวลาติดต่อกันประมาณ 4 - 5 ปี ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการตรวจวินิจฉัยโรค เพื่อช่วยยืนยันผลการรักษาและประเมินเซลล์มะเร็งในร่างกาย ผู้ป่วยจะถูกตรวจซ้ำด้วยการตรวจวินิจฉัยหลายอย่าง เช่น การเจาะเลือด การเจาะไขกระดูก การตัดชิ้นเนื้อ เป็นต้น หรือการรักษาโรคมะเร็งอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงหรืออาการที่ไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักลด ดิเดอเซีย มีไข้ ผอมร่วง

ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ซึ่งเป็นอาการข้างเคียงที่พบได้บ่อยที่สุด เนื่องจากเซลล์ของเส้นผมเจริญอย่างรวดเร็วและง่ายต่อการถูกทำลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจในตนเอง เกิดความรู้สึกไม่แน่นอนกับปฏิกิริยาของบุคคลรอบข้าง ซึ่งอาจนำไปสู่การมีพฤติกรรมแยกตัวตามมา จะเห็นได้ว่าตลอดระยะเวลาในการรักษาโรคมะเร็ง ผู้ป่วยจะต้องเผชิญความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยหรือการรักษา ซึ่งเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยทุกคนต้องเผชิญและหลีกเลี่ยงไม่ได้ (อิสรารักษ์ และสุรพันธ์, 2552)

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกกลัวที่อยู่ลึกๆ มีความกังวล อึดอัดใจว่าจะมีสิ่งไม่ดี น่ากลัว หรืออันตรายเกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นที่จะต้องแยกออกจากความกลัว (กวี, 2541) ผู้ป่วยเด็กจะมีความกังวลว่าโรคที่ตนเป็นอยู่นั้นจะรักษาไม่หาย (บุษกร และคณะ, 2551) วิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา และการถูกคุกคามจากการเจ็บป่วยทำให้มีความกดดันทางอารมณ์ต่างๆ โกรธ เสียใจ รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต

ปวด ความปวดในผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง อาจเกิดจาก โรคมะเร็ง หรือจากการรักษา เช่น การผ่าตัดเพื่อนำเนื้องอกออก หรือผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัด เป็นต้น ความปวดเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเป็นอย่างมาก (อิสรารักษ์และสุรพันธ์, 2552) หากไม่ได้รับการแก้ไขในเบื้องต้น ผู้ป่วยเด็กจะจำฝังใจ และเป็นประสบการณ์ที่ไม่ดี เกิดความคิดทางด้านลบ ไม่มีความสุข เป็นจุดเริ่มต้นให้ผู้ป่วยเด็กแสดงพฤติกรรมด้านลบ เช่น ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา กลัวการรักษา เป็นต้น และอาจจะส่งผลกระทบต่อด้านอื่นๆ ตามมา

1.5.1.3 ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยเด็กจะต้องพบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ของสภาพแวดล้อมภายในโรงพยาบาล ต้องพรากจากบุคคลที่รักในครอบครัวและเพื่อน ทำให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ทัศนีย์, 2551) นอกจากนี้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กยังส่งผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะครอบครัว โดยส่งผลให้สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวเปลี่ยนแปลง ซึ่งพบได้หลายลักษณะ เกิดความห่างเหินหรือเกิดการปกป้องมากเกินไปเนื่องจากผู้ปกครองบางรายรู้สึกผิด ใ้การดูแลเด็กป่วยมากจนอาจจะเลยบุคคลอื่นๆ ในครอบครัว ส่งผลให้พี่น้องของผู้ป่วยเด็กอาจเกิดความต่อต้าน หรือจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็ก ทำให้พี่น้องเกิดความกดดัน วิตกกังวลว่าเด็กป่วยไม่ใช่เด็กปกติ ไม่กล้าที่จะเข้าไปเล่นหรือพูดคุยด้วย ทำให้มีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยเด็กลดลง หรืออาจถูกละเลยจากผู้ปกครอง เนื่องจากผู้ปกครอง รู้สึกโกรธ รู้สึกผิด รู้สึกสับสน และวิตกกังวลที่จะดูแลหรือใกล้ชิดกับผู้ป่วยเด็ก นอกจากนี้การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะทำให้ผู้ป่วยเด็กต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง จึงต้องหยุดเรียนบ่อยผู้ป่วยเด็กอาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับปฏิกิริยาของเพื่อนร่วมชั้นเรียนที่จะมีต่อตัวผู้ป่วยเด็กเอง โดยเฉพาะการขาดเรียนบ่อยๆ หรือการกลับมาเรียนพร้อมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น ผอมร่างหรือสูญเสียอวัยวะ (อิสรารักษ์และสุรพันธ์, 2552)

1.5.1.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เป็นผลกระทบอีกด้านหนึ่งที่ส่งผลต่อผู้ป่วยเด็กไม่น้อยกว่าด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงถึงภาวะสงบ มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง แต่เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก ทำให้ผู้ป่วยเด็กบางรายอาจเกิดความสงสัยในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น ความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นว่าทำไมต้องเกิดกับตนทั้งที่ตนเองเป็นคนดี ทำความดีมาตลอด ทำให้เกิดความสงสัยในความสัมพันธ์กับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนเองนับถือ อาจเกิดความบิบบั่นทางด้านจิตวิญญาณ และเกิดความรู้สึกขัดแย้งภายในจากส่วนลึกภายในจิตใจ หรือในผู้ป่วยเด็กที่มีร่างกายที่อ่อนแอ (อิสรารค์และสุรพันธ์, 2552) หรือมีภาวะโรคที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้น ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาหรือการปฏิบัติตามความเชื่อต่างๆ ได้ทำให้เกิดความบิบบั่นทางด้านจิตวิญญาณได้เช่นกัน

1.5.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

1.5.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อบุตรมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของบุคคลในครอบครัว ได้แก่ คุณภาพการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ร่างกายทรุดโทรม และอาจเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ ซึ่งผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นนั้น มาจากสาเหตุ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน โดยบุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องเฝ้าผู้ป่วยเด็กตลอดเวลา หรือบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวต้องทำงานหนักมากขึ้น เป็นต้น (อิสรารค์และสุรพันธ์, 2552)

1.5.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักจะตกอยู่ในภาวะวิตกกังวลเมื่อทราบว่าบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเกิดปฏิกิริยาหลายอย่าง เช่น ตกใจ ไม่เชื่อ โกรธ ไปจนถึงท้อแท้ ซึมเศร้า เนื่องจากโรคมะเร็งเป็นโรคที่มีความรุนแรง เร็วร้าย ทำให้การดำเนินชีวิตที่ปกติเปลี่ยนไปจากเดิม ผู้ปกครองมักจะมีอาการวิตกกังวลสูง รู้สึกไม่แน่นอนในความมั่นคงของบุตรว่าจะเป็นอย่างใดในอนาคต และเกิดความรู้สึกผิดที่ไม่สามารถปกป้องบุตรได้ กลัวเด็กจะเสียชีวิต (Alcoser & Rodgers, 2003) วิตกกังวลเกี่ยวกับบทบาทหน้าที่ในการดูแลบุตร ทั้งบุตรที่มีความเจ็บป่วยและบุตรคนอื่นๆ (Svarsdottir, 2005) และต้องเผชิญความเครียดและความวิตกกังวลเป็นระยะๆ แต่อาจมีความรุนแรงมากหรือน้อยแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับมุมมองของผู้ปกครองแต่ละท่าน (วิจิตรณ, 2551)

1.5.2.3 ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ เมื่อมีการเจ็บป่วยของบุตรเกิดขึ้น จะส่งผลให้บุคคลในครอบครัวต้องดูแลบุตรเป็นระยะเวลายาวนาน เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลบุตรที่มีความเจ็บป่วย ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ไม่มีเวลาทำกิจกรรมนอกบ้าน ทำให้ถูกแยกตัวจากสังคม กลุ่มเพื่อน และกลุ่มญาติพี่น้อง ตลอดจนกระทบถึงความสัมพันธ์ระหว่างบิดาและมารดา

เนื่องจากความขัดแย้งที่เกิดจากความเจ็บป่วยของบุตร หรือจากการที่เคยมีคู่ปรึกษาด้วยกันคิดและตัดสินใจ แต่เมื่อบุตรมีอาการเจ็บป่วย คนหนึ่งต้องเฝ้าบุตรที่โรงพยาบาลทำให้ต้องมีการคิดและตัดสินใจเพียงลำพัง นอกจากจะส่งผลต่อด้านสังคมแล้ว ยังส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจอีกด้วย เช่น การเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและใช้จ่ายด้านอื่นๆ เช่น ค่าอาหาร ค่าเดินทาง ค่าอุปกรณ์ในการรักษา เป็นต้น อาจจะต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น บางครอบครัว อาจจะต้องขาดงานหรือต้องลาออกจากงานเพื่อดูแลบุตรที่ป่วยทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง บางรายต้องกู้ยืมเงินจากผู้อื่นเพื่อนำมาใช้จ่ายเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของบุตร (รุจา และคณะ, 2543)

1.5.2.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ บางครอบครัวหากผู้ป่วยเด็กเข้าสู่ระยะสุดท้ายของโรคหรือเมื่อทราบว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้น ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ หรือมีความเชื่อว่าภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับบุตรนั้นมีสาเหตุจากไสยศาสตร์ เช่น การถูกเวทมนต์คาถา การถูกผีสิง เป็นต้น ครอบครัวก็มักจะแสวงหาแนวทางการรักษาต่างๆ ที่คิดว่าจะสามารถช่วยต่อชีวิตให้กับผู้ป่วยได้ เช่น การใช้เวทมนต์คาถา การรดน้ำมนต์ รวมทั้งไสยศาสตร์ต่างๆ เป็นเรื่องยึดเหนี่ยวจิตใจมากขึ้น เพื่อพยายามสร้างความสมดุลระหว่างความรู้สึกมั่นคงในจิตใจกับความรู้สึกสูญเสีย มีการยอมรับในระบบความเชื่อ ค่านิยม และพิธีกรรมทางศาสนามากขึ้น และเพื่อทำให้ยอมรับสภาวะใกล้ตาย หรือความตายที่จะเกิดขึ้นได้อย่างสงบ โดยจะขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อม ความเชื่อ ความรัก ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรม สิ่งยึดเหนี่ยวและศาสนาของแต่ละครอบครัว (เกศณี, 2550)

1.6 การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็ก

1.6.1 การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านร่างกาย

1.6.1.1 ภาวะโภชนาการมีการเปลี่ยนแปลง สามารถแนะนำในการรับประทานอาหาร โดยการรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง เคี้ยวให้ละเอียด งดอาหารที่มีรสจัดและมีกำขามาก รับประทานอาหารเสริมที่มีพลังงาน เช่น นม อาหารประเภทโปรตีน เป็นต้น หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำขณะรับประทานอาหาร ดื่มเครื่องดื่มที่เย็นไม่หวานจัด เช่น น้ำส้มคั้น น้ำสับปะรด น้ำมะนาว เป็นต้น (พรทิพย์, 2554) ไม่ควรกำหนดเวลา แต่แนะนำให้รับประทานอาหารเมื่อรู้สึกหิว สร้างบรรยากาศผ่อนคลายในการรับประทานอาหาร (อิสรารค์และสุรพันธ์, 2552)

1.6.1.2 ร่างกายอ่อนเพลีย ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการดังกล่าว จะต้องได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ ลดการใช้พลังงานของร่างกาย จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียง แสงรบกวนเพื่อส่งเสริมการพักผ่อนของผู้ป่วยเด็ก (พรทิพย์, 2554)

1.6.1.3 การติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำ จะต้องแยกผู้ป่วยเด็กออกจากโรคติดเชื้ออื่นๆ รักษาความสะอาดของร่างกาย ผิวหนัง ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์อยู่เสมอ ผู้ป่วยเด็กที่มีแผลในช่องปาก ควรดูแลทำความสะอาดช่องปากบ่อยๆ โดยการบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำเกลือ (พรทิพย์, 2554)

1.6.1.4 อาการของเกล็ดเลือดต่ำ ต้องดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเด็กมีเลือดออก โดยการระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมบางอย่าง เช่น ฟุตบอล หรือบาสเกตบอล (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552) หากสังเกตมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น จุดจ้ำเลือด เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน ควรห้ามเลือดทันที ถ้าเลือดออกจากอวัยวะภายในหรือมีอาการปวดท้อง ปวดศีรษะ ซึมลง สับสน ตาพร่ามัว อาจมีเลือดออกภายในสมอง ให้รายงานแพทย์ (พรทิพย์, 2554)

1.6.2 การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านจิตใจ

ความกลัว ผู้ป่วยเด็กที่มีความกลัวเกิดขึ้น จะต้องมีการประเมินปัญหาและความต้องการที่ตรงจุด และทำการวิเคราะห์ปัญหา การวางแผนในการดูแลให้มีความเหมาะสมกับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดความคิดและพฤติกรรมทางด้านลบ เช่น วิธีการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด โดยการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กชมภาพเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง (animation) เรื่อง “เมื่อหนูดีมารับยาเคมีบำบัด” ซึ่งนวัตกรรมดังกล่าวสามารถลดความกลัวในช่วงที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัดได้ (วรภัทร และคณะ, 2550) และมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กที่มีความกลัวซึ่งกล่าวในภาพรวม (กนกจันทร์, 2554) ดังนี้

- การประเมินและการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยการประเมินความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กโดยวิธีการใช้คำถามปลายเปิด

- การวางแผนและการดำเนินการ เช่น

- 1) การจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความเหมาะสม โดยการสร้างบรรยากาศในโรงพยาบาลให้มีลักษณะคล้ายบ้าน

- 2) ห้องตรวจรักษาและทำหัตถการ ควรมีการอนุญาตให้ผู้ปกครองได้สังเกต และทำการอธิบายให้เข้าใจจะทำให้ผู้ป่วยเด็กสามารถลดความกลัวในการทำหัตถการได้

- 3) การอำนวยความสะดวกแก่เด็กและบิดามารดา ควรมีการยืดหยุ่นเกี่ยวกับนโยบายต่างๆ ของโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันเพิ่มมากขึ้น

- 4) ให้การพยาบาลต่างๆ ที่มีความเหมาะสมกับระยะพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น เช่น ส่งเสริมความเป็นอิสระ ยืดหยุ่นกฎเกณฑ์ต่างๆ ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ อธิบายและตอบในทุกคำถามด้วยเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์

5) การประเมินผล โดยทำการประเมินเป็นระยะ เพื่อให้ทราบความคิด ความรู้สึกแล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตอบสนองมากที่สุด

ภาวะซึมเศร้า แนวทางการช่วยเหลือสำหรับผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะซึมเศร้าจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ดังนี้

- หาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้รู้สึกวิตกกังวล และแยกแยะปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นส่วนย่อยๆ และเรียงลำดับความสำคัญ (กัมปนาท, 2555)

- ไม่ควรตัดสินใจเรื่องสำคัญต่างๆ ตามลำพัง เพราะขณะที่มีภาวะซึมเศร้าจะมองสิ่งต่างๆ ในแง่ลบ อาจทำให้การตัดสินใจผิดพลาดไปได้ ควรปรึกษามารดา หรือผู้ที่มีความใกล้ชิด (มาโนช, 2556)

- เลือกปฏิบัติกิจกรรมที่ชอบ กิจกรรมที่ทำให้เกิดความรู้สึกที่ดีๆ และพยายามหากิจกรรมที่ทำร่วมกับคนอื่นมากกว่าที่จะอยู่คนเดียว (กัมปนาท, 2555)

- แนะนำการออกกำลังกายให้มีความเหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเอง เช่น การวิ่ง การเดิน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้ผ่อนคลายได้ดีขึ้นผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกเข้าใจ คลายความเศร้า และแจ่มใสขึ้นได้ ถ้ามีการออกกำลังกายร่วมกับผู้อื่นก็จะช่วยเพิ่มการเข้าสังคม ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว (กัมปนาท, 2555)

ความทุกข์ทรมาน การช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กจากความทุกข์ทรมาน (วิวรรณจนา, รุ่งนภา, ศิริ โสภา, และจूरียา, 2553) แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกาย และด้านจิตใจ

- การช่วยเหลือเพื่อลดความทุกข์ทรมานด้านร่างกายจากการรักษา โดยการประเมินความพร้อมความสมบูรณ์ของร่างกายก่อนจะทำการรักษา และการเตรียมอุปกรณ์เพื่อเผชิญอาการต่างๆ ที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการได้รับยาเคมีบำบัด เช่น เตรียมอุปกรณ์เพื่อเผชิญอาการอาเจียนและเตรียมตัวเพื่อรับอาการแทรกซ้อนอื่นๆ และทำการเตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการผ่อนคลายในขณะที่ทำการรักษา

- การช่วยเหลือเพื่อลดความทุกข์ทรมานด้านจิตใจจากการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกปลอดภัยผ่านการรับฟังและการให้กำลังใจซึ่งได้รับจากแพทย์และจากพยาบาล โดยการสร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษาให้ผู้ป่วย

ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง สำหรับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีผมร่วง หรือมีการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ โดยในช่วงการเตรียมตัวก่อนที่จะเกิดภาวะผมร่วง เช่น พิจารณาตัดผมสั้นหรือ โกนศีรษะ เนื่องจากจะทำให้ไม่รู้สึกขาดความมั่นใจมากนัก แนะนำให้เลือกซื้อวิกผมในขณะที่ยังไม่เกิดภาวะผมร่วง เนื่องจากจะได้เลือกวิกผมที่คล้ายกับลักษณะเส้นผมเดิมและเข้ากับบุคลิกภาพของตนเอง ทำความสะอาดเส้น

ผมและหนังสือจะอย่างทะนุถนอม เป็นต้น และการปฏิบัติตัวหลังจากมีภาวะผมร่วง ได้แก่ หาอุปกรณ์ที่นุ่มและสวมใส่สบายเพื่อปกคลุมหนังศีรษะอย่างมิดชิด หากต้องอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศเย็นจัด นอกจากนี้ยังต้องมีการช่วยเหลือทางด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย เช่น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก โดยการรับฟังอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจ และอธิบายผลข้างเคียงจากการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจ

ความวิตกกังวล แนวทางการช่วยเหลือเพื่อลดความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็ก (สุวิญญา, 2555) มี 2 วิธี คือ

- การรักษาภาวะวิตกกังวลโดยการให้ยา

- การรักษาภาวะวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา ได้แก่ การใช้เทคนิคผ่อนคลายโดยใช้ดนตรีบำบัด เช่น จากผลการศึกษาเรื่อง ผลของดนตรีบำบัดต่อความวิตกกังวลและความปวดในผู้ป่วยมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ โดยผู้ป่วยจะได้ฟังดนตรีเป็นเวลา 30 นาที วันละ 2 ครั้ง ทั้งเช้าและเย็น รวม 2 วัน ผลการศึกษา พบว่า ดนตรีมีส่วนช่วยในการลดความวิตกกังวล ความเจ็บปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการบำบัดด้วยดนตรี (จิราภี, 2546 อ้างตาม บุญกร, 2553) ซึ่งวิธีดังกล่าวสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในผู้ป่วยเด็กได้ โดยการให้ผู้ป่วยเด็กฟังดนตรีที่ชื่นชอบ โดยใช้ระยะเวลาตามความเหมาะสมเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจในการเผชิญภาวะต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นจากการรักษา หรือจากพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

ปวด วิธีการบรรเทาความปวดที่ดีที่สุด คือ จัดการกับต้นเหตุ เช่น ถ้าเนื้องอกเป็นสาเหตุที่ทำให้ปวด แพทย์อาจจะพิจารณาผ่าตัดหรือลดขนาดของเนื้องอกลงด้วยวิธีการต่างๆ ตามความเหมาะสม และยังมีวิธีอื่นๆ ที่สามารถบรรเทาอาการปวดได้ด้วยตนเอง ได้แก่

- แอ้งพยาบาลเพื่อขอয়ারะงับปวด โดยพยาบาลจะทำการประเมินระดับการปวดและพิจารณาให้ยาาระงับปวดตามแผนการรักษา

- ประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่มีอาการปวด

- การประคบร้อน จะสามารถช่วยทำให้ความปวดลดลง และป้องกันการกระตุ้นตัวรับความปวด โดยการใช้ความร้อนขึ้นประคบ เช่น การใช้ผ้าชุมน้ำร้อนและบิดหมาดจะเป็นวิธีที่ปลอดภัยกว่าการใช้ความร้อนแห้ง เช่น ความร้อนจากกระเป๋าน้ำร้อน หรือจากไฟฟ้า เพราะเสี่ยงต่อการรั่วไหลของน้ำร้อน หรือการรั่วไหลของไฟฟ้าจากความเสื่อมของอุปกรณ์ ซึ่งข้อจำกัดในการประคบร้อน คือ ผู้ป่วยที่มีผิวหนังอักเสบ บวม บริเวณฉายแสง มีภาวะเลือดออกง่ายหรือหลังผ่าตัด เป็นต้น (นียา, 2545)

- การประคบเย็น ช่วยลดการปวดเกร็งของกล้ามเนื้อ โดยวิธีการต่างๆ เช่น วิธีลูบตัว อาบน้ำบ่อยๆ ข้อจำกัดในการประคบเย็น คือ บริเวณฉายแสง เป็นต้น (นียา, 2545)

- การผ่อนคลายโดยการทำสมาธิ ด้วยวิธีกำหนดลมหายใจเข้า – ออก มีวิธีการ ดังนี้

“หายใจตามปกติ เฝ้ามองลมหายใจเข้า – ออกของตนเอง ที่บริเวณหน้าท้อง นับลมหายใจ 10 รอบ โดยยังหายใจปกติ จากนั้นควบคุมจังหวะการหายใจให้สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวของหน้าท้อง หายใจเข้า ขณะที่หน้าท้องเคลื่อนลอยขึ้น หายใจออกขณะที่หน้าท้องยุบแฟบลง มีสติอยู่กับลมหายใจที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนขึ้น – ลง ของหน้าท้อง ผีอก 5 – 10 รอบ” (เขาวเรศ, พเยาว์, สุริย์พร, และ กัญจนี, 2546, หน้า 18)

- เบี่ยงเบนความสนใจ เป็นการเบี่ยงเบนที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กหันไปสนใจสิ่งอื่นๆ แทน เช่น การจ้องมองรูปภาพ ธรรมชาติ วัตถุ เป็นต้น (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552)
- ดนตรีบำบัด ดังกล่าวข้างต้นในเรื่องการรักษาภาวะวิตกกังวลโดยไม่ใช้ยา
- ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552)

1.6.3 การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านสังคม

การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กทำให้บิดามารดาต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเด็กมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพี่น้องของผู้ป่วย ดังนั้นจะต้องพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของพี่น้องของผู้ป่วย อธิบายเรื่องโรคมะเร็ง การรักษา และการดูแลเอาใจใส่ และสิ่งที่สำคัญ คือ ชักชวนให้พี่น้องของผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กยังมีปฏิสัมพันธ์กับโรงเรียนและเพื่อนร่วมชั้น ดังนั้นจึงต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยเด็กติดต่อกับเพื่อนๆ ขณะรับการรักษาในโรงพยาบาลหรือขณะที่ผู้ป่วยเด็กมีความจำเป็นต้องขาดเรียน เพื่อคงความสัมพันธ์กับเพื่อนต่อไป ผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจว่า เพื่อนๆ ภายในโรงเรียนหรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนอาจจะไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น กลุ่มคนเหล่านี้จะแสดงออกแตกต่างกันออกไป (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552)

1.6.4 การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านจิตวิญญาณ

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้อยู่ด้วยกันตามความต้องการ มีส่วนร่วมในการดูแล และเปิดโอกาสให้ครอบครัวปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อของผู้ป่วยเด็กและครอบครัว (พรทิพย์, 2554)

2. คุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

คุณภาพชีวิต เป็นการแสดงออกถึงการตอบสนองของบุคคลต่อร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะช่วยให้อารมณ์ดีประจำวันได้อย่างปกติ คุณภาพชีวิต มีผู้ให้ความหมายที่มีลักษณะแตกต่างกันออกไป เนื่องจากเป็นนามธรรมและมีความหมายซับซ้อน มีความหมายกว้างขึ้นอยู่กับมุมมองของแต่ละคน

2.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต

คุณภาพชีวิต ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ประกอบไปด้วยคำ 2 คำ คือ คุณภาพ กับ ชีวิต โดยคำว่า คุณภาพ หมายถึง ลักษณะที่ดีเด่นของบุคคลหรือสิ่งของ ส่วนคำว่า ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ ตรงข้ามกับความตาย (จิตชนก, ม.ป.ป.) ดังนั้น คุณภาพชีวิตจึงหมายถึงลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล หรืออาจจะหมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่แสดงออกทางร่างกายและจิตใจ ของแต่ละคนในการดำเนินชีวิต และมีความพึงพอใจที่ได้รับจากการปฏิบัติเช่นนั้น (Bandell-Hoekstra, Abu-Saad, Passchier, & Knipschild, 2000)

ส่วนความหมายของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งนั้น หมายถึง ความรู้สึกถึงการเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งจะขึ้นอยู่กับความสามารถในการมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน สามารถที่เผชิญสิ่งต่างๆ ที่มากระทบต่อร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ได้ (Hinds, Burghen, Haase, & Phillips, 2006) เป็นความรู้สึกปกติสุขที่ผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งหรือผู้ปกครองมีความรับรู้และสามารถประเมินได้ด้วยตนเอง (บุษกร และคณะ, 2551) รวมถึงเป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลตามวัฒนธรรมและความเชื่อต่อความสามารถในการทำหน้าที่ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และสติปัญญา (Sen-Ngam & Singhaset, 2012) หรือเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงมุมมองของผู้ป่วยเด็กและบุคคลในครอบครัวเกี่ยวกับผลของการรักษาต่อต้านร่างกายและจิตใจ (Eiser, 1997) มีความคล้ายคลึงกับการให้ความหมายของคุณภาพชีวิตในเด็กวัยเรียน โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ซึ่งเกี่ยวกับความรู้สึกทั่วไปต่อการรับรู้และประเมินด้วยตนเอง ตามสิ่งที่ปรากฏอยู่จริง โดยการแสดงออกทางความรู้สึก ความพึงพอใจและความสุขในชีวิต (พัชรินทร์, 2541)

กล่าวสรุป คือ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กมะเร็ง หมายถึง การรับรู้และประเมินค่าความพึงพอใจในชีวิตของแต่ละบุคคล โดยขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม ความเชื่อทางวัฒนธรรม ค่านิยมต่อความสามารถในการทำงานของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ อารมณ์ และสติปัญญา

2.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมมีนักวิจัยหลายท่านแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่แตกต่างไป ดังนี้

วารันนิ, เบอร์วิงเกิล, แคทซ์, มีสกี, และดิกคินสัน (Varni, Burwinkle, Katz, Meeske, & Dickinson, 2002) ได้แบ่งองค์ประกอบคุณภาพในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านการทำงานของร่างกาย (2) ด้านอารมณ์ (3) ด้านสังคม และ (4) ด้านการเรียนรู้ โดยสามารถรวมด้านอารมณ์ไว้ในด้านจิตใจ ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม และด้านการเรียนรู้รวมอยู่ในด้านสังคม

ในขณะที่บุษกร และคณะ (2551) ได้แบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งออกเป็น 8 ด้าน ได้แก่ (1) ความพึงพอใจในชีวิต (2) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย (3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา (4) ด้านจิตใจ (5) ด้านสติปัญญา (6) ด้านอัตมโนทัศน์ (7) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ และ (8) ด้านจิตวิญญาณ โดยไม่ได้ให้ความหมายในแต่ละด้าน นอกจากนี้ 8 ด้านที่กล่าวมานั้น สามารถนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อรวมเป็น 4 ด้าน ตามแนวคิดดังกล่าว ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย ประกอบด้วย สุขภาพและการทำงานของร่างกาย ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และสติปัญญา (2) ด้านจิตใจ ประกอบด้วย ความพึงพอใจในชีวิต และด้านอัตมโนทัศน์ (3) ด้านสังคม ได้แก่ สังคมและเศรษฐกิจ และ (4) ด้านจิตวิญญาณ

นอกจากนี้ยังพบงานวิจัยที่ได้ทำการศึกษาองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ใหญ่ เช่น เฟอร์เรลด์ และคณะ (Ferrell et al., 1995) อธิบายองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ ออกเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า การนอนหลับ ความเจ็บปวด ความอยากอาหาร สภาพร่างกายทั่วไป (2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ความสุข ความสนุกสนาน หรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความทุกข์ทรมานจากความเจ็บปวด ความกลัวที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมานจากการตรวจวินิจฉัยและการรักษา (3) ด้านสังคม เช่น ความสุขหรือความทุกข์ทรมานของครอบครัว ฐานะทางการเงิน การประกอบอาชีพ และ (4) ด้านจิตวิญญาณ เช่น ความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย ความหวัง

กันยา (2553) จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งวัยผู้ใหญ่ที่ได้รับยาเคมีบำบัด ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้และสังเกตการณ์การทำหน้าที่หรือความผิดปกติของร่างกาย สะท้อนถึงความผาสุกทางร่างกายที่เป็นผลจากอาการ ของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา รวมทั้งความผาสุกทางร่างกายโดยทั่วไปตามการรับรู้ของผู้ป่วย (2) ด้านอารมณ์ เป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นผลทั้งในทางบวก คือ ความผาสุก และผลในทางลบคือ ความกดดัน ทุกข์ทรมาน ที่เป็นผลจากโรคและการรักษา

(3) ด้านสังคม เป็นการรับรู้ความพึงพอใจการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมยามว่าง การทำหน้าที่ในครอบครัว การมีเพศสัมพันธ์ รวมถึงการมีความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน คนรู้จัก หรือบุคคลใกล้ชิด และ (4) ด้านการปฏิบัติกิจกรรม มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับความผาสุกทางด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการ ความปรารถนา กิจกรรมหรือบทบาททางสังคมของแต่ละบุคคล เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การปฏิบัติหน้าที่ทั้งในและนอกบ้าน เป็นต้น

องค์การอนามัยโลก (กรมสุขภาพจิต, 2554) จำแนกองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ที่อายุ 15 – 60 ปี ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ (1) ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ความสุขสบาย พละกำลัง การเคลื่อนไหวของตนเอง รับรู้ถึงความเป็นอิสระไม่พึ่งพาผู้อื่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการทำงาน เป็นต้น (2) ด้านจิตใจ เป็นการรับรู้สภาพทางจิตใจของตนเอง เช่น การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง ความมั่นใจในตนเอง ความคิด สมาธิการตัดสินใจ รวมถึงการรับรู้ความสามารถในการจัดการกับความเศร้า หรือกังวล เป็นต้น (3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เป็นการรับรู้เรื่องความสัมพันธ์ของตนกับบุคคลอื่น การได้รับและให้ความช่วยเหลือต่อบุคคลอื่น รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทางเพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์ (4) ด้านสิ่งแวดล้อม หมายถึง สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต รู้สึกอิสระปลอดภัย ไม่ถูกกักขัง เป็นต้น

องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตของนักวิจัยแต่ละท่าน หากนำแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาจะทำให้มีการแบ่งองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตที่มีความคล้ายคลึงกัน 4 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย ได้แก่ สุขภาพและการทำงานของร่างกาย สภาพร่างกายทั่วไป ปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา และสติปัญญา (2) ด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ ความรู้สึกทางด้านบวก เช่น รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง มีสมาธิ ความพึงพอใจในชีวิต ความสนุกสนาน หรือความรู้สึกทางลบที่เกิดขึ้น เช่น ความวิตกกังวล ซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน ความกลัว และด้านอัตมโนทัศน์ (3) ด้านสังคม ได้แก่ สังคมและเศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การเรียน ความสุขหรือความทุกข์ทรมานของครอบครัว และ (4) ด้านจิตวิญญาณ

สรุป องค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งสามารถแบ่งตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

1. ด้านร่างกาย เป็นการรับรู้ถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเอง หรือการรับรู้ถึงความสามารถในการทำหน้าที่ หรือความผิดปกติของร่างกาย ที่เป็นผลจากอาการของโรค การรักษาและผลข้างเคียงจากการรักษา

2. ด้านจิตใจ เป็นการรับรู้ว่าคุณเองมีความสุขหรือความสุขด้านจิตใจตามอรรถภาพ เนื่องจากการรับรู้สภาพทางจิตใจและความรู้สึกทางด้านบวกที่มีต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง มีสมาธิในการตัดสินใจ รวมถึงมีความสามารถและมีความเข้าใจในการจัดการกับความกลัว ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความปวดที่เกิดขึ้น หากได้รับการจัดการความรู้สึกหรืออารมณ์ต่างๆ เหล่านี้จะทำให้มีความสุขและเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อตนเอง

3. ด้านสังคม เป็นความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองจากการสนับสนุนทางสังคม การเรียน ความสุขหรือความทุกข์ทรมานของครอบครัว การทำหน้าที่ในครอบครัว รวมถึงการมีความพึงพอใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน คนรู้จัก หรือบุคคลใกล้ชิด

4. ด้านจิตวิญญาณ เป็นความคาดหวัง ความเชื่อ หรือความไม่แน่นอนในความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของคำว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีการรับรู้ว่าคุณเองมีความสุขหรือความสุขด้านจิตใจตามอรรถภาพ เนื่องจากการรับรู้สภาพทางจิตใจและความรู้สึกทางด้านบวกที่มีต่อตนเอง รับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง มีสมาธิในการตัดสินใจ รวมถึงมีความสามารถและมีความเข้าใจในการจัดการกับความกลัว ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน ความวิตกกังวล และความปวดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง หากได้รับการจัดการความรู้สึกหรืออารมณ์ต่างๆ เหล่านี้จะทำให้มีความสุขและเกิดความรู้สึกทางด้านบวกต่อตนเอง

2.3 คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีผู้วิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กมะเร็งโดยรวมและรายด้าน ดังนี้

การศึกษาของบุษกร และคณะ (2551) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอยู่ในระดับสูง ($M = 3.79$, $SD = 0.37$) ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของเกศรา และฉวีวรรณ (2553) โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง อายุระหว่าง 6 – 15 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมะเร็งเป็นครั้งแรกในระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กอยู่ในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดย บุษกร, อุทัยวรรณ, และพิสมัย (2556) ซึ่งทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ที่มีอายุระหว่าง 8 – 18 ปี จากโรงพยาบาล 8 แห่ง ใน 4 ภูมิภาคของประเทศไทย พบว่า คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้ง 4 ภูมิภาค อยู่ในระดับสูง ($M = 3.72$, $SD = 0.41$)

ส่วนเคลิค, ไพรท์, กูทท์, และบีนิวท์ (Clercq, Fruyt, Koot, & Benoit, 2004) ศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็กมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูงกว่าเพื่อนในวัยเดียวกันที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาดังกล่าวมีความแตกต่างจากผลการ ศึกษาของ สแตม, กรูเทนฮูส, แครอน, และลาสท์ (Stam, Grootenhuis, Caron, & Last, 2006) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า ผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็กมีระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับต่ำกว่าเพื่อนวัยเดียวกันที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็กอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

เมื่อพิจารณาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเป็นรายด้าน พบว่า ด้านร่างกาย แล่งแวลด์, กรูเทนฮูส, วูท, และฮาน (Langeveld, Grootenhuis, Voute, & Haan, 2004) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตด้านการทำงานของร่างกายอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .03$) การศึกษาของมอร์ริส สแตม และคณะ (Maurice–Stam et al., 2009) โดยทำการศึกษาระยะยาวเกี่ยวกับภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยเด็กที่มีอายุระหว่าง 8 - 15 ปี ที่มีการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็งในช่วง 4 ปีแรก พบว่า ผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกว่าการทำงานของร่างกายมีกำลังลดลงภายหลังการรักษาสิ้นสุดในระยะเวลา 2 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และยังพบว่า การศึกษาของพัชรินทร์ (2541) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว ผลการศึกษาด้านประสิทธิภาพของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยเด็กส่วนใหญ่มีการเจริญเติบโตหยุดชะงักและล่าช้า โดยผู้ป่วยจะมีน้ำหนักและส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน มีความสามารถในการทำกิจกรรมลดลง และจะเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการได้รับยาเคมีบำบัด

การศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีผลการวิจัยเกี่ยวข้องกับด้านจิตใจ เช่น การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ ของบุษกร และคณะ (2551) พบว่า คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้ อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.95, SD = 0.82$) เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ พบว่า คุณภาพชีวิตด้านนี้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด เช่นเดียวกับการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ของบุษกร และคณะ (2556) โดยพบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้ง 4 ภูมิภาค อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.00, SD = 0.80$) ซึ่งค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเช่นกัน และมีผู้ทำการศึกษาผลลัพธ์ด้านจิตสังคมและภาวะสุขภาพที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต คือ ผลการศึกษาของเซลท์เซอร์ และคณะ (Zeltzer et al., 2008) พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอาการซึมเศร้าในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$) ส่วน ลี และคณะ (Li et al., 2010) ทำการศึกษาผลกระทบของโรคมะเร็งต่อด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อายุ 7 – 15 ปี พบว่า ขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีระดับความวิตกกังวลสูงมาก และจากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยจำนวนมากกว่าครึ่งมีอาการซึมเศร้า รู้สึกไม่แน่นอนเกี่ยวกับการพยากรณ์

ของโรค ส่วนแลงเวลด และคณะ (Langeveld et al., 2004) ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ใหญ่ที่เคยป่วยเป็นโรคมะเร็งในวัยเด็ก ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 16 – 49 ปี จำนวน 400 ราย ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็กมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคมามากกว่าเพศหญิงที่ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .003$, $d = .25$) ซึ่งสาเหตุที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล ได้แก่ ภาวะสุขภาพ ($p = .004$) ภาวะเจริญพันธุ์ ($p < .001$) การเปลี่ยนแปลงงาน ($p = .002$) ประกันชีวิตหรือประกันสุขภาพ ($p < .001$)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาคุณภาพชีวิตที่มีความเกี่ยวข้องกับด้านสังคม ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ ซีแบรคและเชสเลอร์ (Zebrack & Chesler, 2002) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า หลังสิ้นสุดการรักษาผู้ป่วยเด็กจะมีคุณภาพชีวิตด้านสังคมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) รวมถึงการศึกษาของลี และคณะ (Li et al., 2010) จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยเด็กรู้สึกสูญเสียการควบคุมในตนเอง ต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

จากที่กล่าวมาข้างต้น โรคมะเร็งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งในทุกๆ ด้าน แต่สิ่งที่เป็นกระทบต่อคุณภาพชีวิตเป็นอย่างมาก คือ ด้านจิตใจ เนื่องจากมีความละเอียดอ่อน ผู้ป่วยเด็กจะต้องได้รับการช่วยเหลือ แก้ปัญหา เพราะ โรคมะเร็งจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว ตั้งแต่ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยจนกระทั่งเสร็จสิ้นการรักษา โดยในแต่ละบุคคลจะมีคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งนั้นนับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะสามารถนำผลการศึกษาดังกล่าวเพื่อใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาล ช่วยเหลือได้อย่างตรงจุด สามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยทางด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก และสามารถให้การส่งเสริมในปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งดีขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดังนี้

2.4.1 ระดับการศึกษา การศึกษาจะช่วยเพิ่มปัญญาและเป็นสิ่งสำคัญที่เป็นพื้นฐานของความเข้าใจในการแสวงแหล่งข้อมูลต่างๆ เพื่อเป็นข้อมูลในการศึกษา ที่นอกเหนือจากการได้รับความรู้หรือคำแนะนำจากบุคลากรทางสาธารณสุข จากการศึกษาของบุษกร และคณะ (2551) พบว่า ระดับการศึกษาของผู้ป่วยเด็กสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยเด็กตามการรับรู้ของกลุ่มผู้ป่วยเด็ก ($\beta = .198$, $p = .009$)

2.4.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของการศึกษาของบุษกร, พิสมัย, และอุทัยวรรณ (2557) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ($r = .32, p = .000$)

2.4.3 การสนับสนุนของครอบครัว เป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิต เนื่องจากผู้ป่วยเด็กยังมีความต้องการได้รับความดูแลจากครอบครัว ซึ่งจะเห็นได้จากการศึกษาของบาราเกต และคณะ (Barakat et al., 2010) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีอายุระหว่าง 13 – 19 ปี ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนที่ดีของครอบครัวสามารถทำนายคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งได้ ($\beta = .32, p = .05$)

2.4.4 ระยะเวลาการเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยเด็กจะต้องเผชิญกับผลกระทบจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งและผลกระทบจากการรักษา เป็นระยะเวลาต่อเนื่อง 4 – 5 ปี จึงเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในประเทศไทยของ บุษกร และคณะ (2557) พบว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ($r = .19, p = .000$)

2.4.5 ความเพียงพอของรายได้ หากครอบครัวมีรายได้เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการพื้นฐานในการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัวทั้งในยามปกติ และในยามที่มีสมาชิกในครอบครัวมีการเจ็บป่วย สิ่งนี้จึงเป็นปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเด็ก จากการศึกษาของบุษกร และคณะ (2557) พบว่า ความเพียงพอของรายได้เจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ($r = .20, p = .001$)

2.4.6 สัมพันธภาพ ผู้ป่วยเด็กจะต้องมีสัมพันธภาพภายในครอบครัวหรือสัมพันธภาพระหว่างบิดามารดาและผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็ก เนื่องจากครอบครัวหรือบิดามารดาเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด โดยเป็นผู้ที่ให้การอบรมเลี้ยงดูผู้ป่วยเด็ก หากมีความผูกพันใกล้ชิดซึ่งกันและกันในระหว่างสมาชิก จะทำให้ได้รับการประคับประคอง ความรัก ความช่วยเหลือ เอาใจใส่ และได้รับการดูแลที่ดีตามมา บาราเกต และคณะ (Barakat et al., 2010) ได้ทำการศึกษาคุณภาพชีวิตของวัยรุ่นที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า ปัจจัยเกี่ยวกับสัมพันธภาพที่ีระหว่างบิดามารดาและผู้ป่วย สามารถทำนายได้ว่าผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีควบคู่กัน ($\beta = .32, p < .01$) นอกจากนี้ชูว และฮันเตอร์ (Chou & Hunter, 2009) ซึ่งได้ทำการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในประเทศไทยได้หวั่น พบว่าการคงระดับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยเด็กกับครอบครัว เพื่อนในวัยเดียวกัน และผู้ให้บริการทางด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ ($r = .458, p < .001$)

2.4.7 ภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ เนื่องจากผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจะต้องได้รับการรักษาเป็นเวลาดำเนินไปประมาณ 4 – 5 ปี ทำให้ผู้ป่วยเด็กจะต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพทางด้านจิตใจ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น ผลการศึกษาของ และคณะ (Chung et al., 2012) ซึ่งได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก พบว่า อาการซึมเศร้า เป็นปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ($\beta = .053$, $p < .001$) การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กที่มีเนื้องอกในสมอง โดย ซาโตะ และคณะ (Sato et al., 2012) พบว่า ระดับความวิตกกังวลมีความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กที่มีเนื้องอกในสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .27$, $p < .05$) และจากการศึกษาของมอร์ริส สแตม และคณะ (Maurice – Stam et al., 2009) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตระยะยาวในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 8 -15 ปี ที่เสร็จสิ้นการรักษา พบว่า การมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับโรคที่เป็น ($\beta = -0.18$, $p < .05$) และการสืบค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ($\beta = 0.18$, $p < .05$) สามารถทำนายความวิตกกังวลของเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งถ้ายังมองโลกในแง่ดีเกี่ยวกับโรคที่เป็นน้อย มีการสืบหาข้อมูลของโรคมะเร็ง ก็จะยังมีความวิตกกังวลมาก

2.5 การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

การประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับมุมมอง และวัตถุประสงค์ในการศึกษาของผู้วิจัยแต่ละท่าน จากการทบทวนงานวิจัย พบว่า มีเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดังนี้

2.5.1 เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็ก (The Pediatric Quality of Life Inventory Version 4.0) ของวาร์นิ และคณะ (Varni et al., 2002) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง แบบประเมินดังกล่าว แบ่งออกเป็น 4 ด้าน จำนวน 23 ข้อ คือ (1) ด้านการทำงานของร่างกาย จำนวน 8 ข้อ (2) ด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ (3) ด้านสังคม จำนวน 5 ข้อ และ (4) ด้านการเรียนรู้ จำนวน 5 ข้อ แบ่งลักษณะของคำตอบตามอายุ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุระหว่าง 8 – 18 ปี แบ่ง 5 ระดับ คือ ระดับ “0” หมายถึง “ไม่มีปัญหา” ระดับ “1” หมายถึง “มีปัญหาเล็กน้อย” ระดับ “2” หมายถึง “มีปัญหาบางครั้ง” ระดับ “3” หมายถึง “มีปัญหาบ่อยครั้ง” และระดับ “4” หมายถึง “มีปัญหาตลอด” ส่วนในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อายุ 5 – 7 ปี แบ่งลักษณะของคำตอบเป็น 3 ระดับ คือ ระดับ “0” หมายถึง “ไม่มีปัญหา” ระดับ “2” หมายถึง “มีปัญหาบางครั้ง” และระดับ “4” หมายถึง “มีปัญหาตลอด” การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือจาก 2 กลุ่มอายุ คือ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอายุ 8 – 18 ปี และผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อายุ 5 – 7 ปี ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90

เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็ก ของวารันนิ และคณะ (Varni et al., 2002) พบว่า มีนักวิจัยหลายท่านที่นำเครื่องมือดังกล่าวมาใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็ก เช่น ชุง และคณะ (Chung et al., 2012) โดยทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก ผลการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 แบกกอทท์ และคณะ (Baggott et al., 2011) ทำการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กที่มีภาวะไขกระดูกถูกกดจากการได้รับยาเคมีบำบัด ทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.89 และการศึกษาของเคลิก และคณะ (Clercq et al., 2004) เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก เมื่อมีการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

2.5.2 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็ง (Quality of Life – Cancer Survivors) โดยซีแบรค และเชสเลอร์ (Zebrack & Chesler, 2002) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็ก มีจำนวน 41 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ (1) ด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ (2) ด้านจิตใจ จำนวน 18 ข้อ (3) ด้านสังคม จำนวน 8 ข้อ และ (4) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของคำตอบแบ่งเป็นระดับ 0 – 10 โดย “0” หมายถึง “ข้อดังกล่าวมีคะแนนระดับต่ำ” จนถึง “10” หมายถึง “ข้อดังกล่าวมีคะแนนระดับสูง” สามารถแปลผลได้โดยรวม คือ หากมีคะแนนรวมอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากมีคะแนนรวมอยู่ในระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็งในวัยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำควบคู่กันไปด้วย การทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตในผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคมะเร็ง โดยไม่มีการรายงานค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคในลักษณะโดยรวม ส่วนรายด้าน ทั้ง 4 ด้าน มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .76 – .88

2.5.3 เครื่องมือประเมินคุณภาพชีวิตของมินนีแอโพลิส – แมนเชสเตอร์ (Minneapolis – Manchester Quality of Life) ของชิว และฮันเตอร์ (Chou & Hunter, 2009) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในประเทศไต้หวัน ซึ่งได้ทำการออกแบบให้มีความเฉพาะกับผู้ป่วยมะเร็งในวัยรุ่น มีคำถามทั้งหมด จำนวน 74 ข้อ แบ่งออกเป็น 7 ด้าน คือ (1) ด้านการทำงานของร่างกาย (2) ด้านจิตใจ (3) ด้านสังคม (4) ด้านสติปัญญา (5) ด้านภาพลักษณ์ (6) ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการดำเนินชีวิต และ (7) สัมพันธภาพ โดยไม่มีการระบุจำนวนข้อในแต่ละด้าน แบบประเมินดังกล่าว สามารถแปลผลได้ ดังนี้ หากคะแนนจากการประเมินคุณภาพชีวิตมีระดับสูง แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม หากคะแนนจากการประเมินคุณภาพชีวิตมีระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ต่ำ จากการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .94

2.5.4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ของบุษกร และคณะ (2551) โดยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับการดัดแปลงเครื่องมือของ วาร์นิ และคณะ ที่ได้ทำการศึกษาในปี ค.ศ. 1998 คือ เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง (Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32) และดัดแปลงเครื่องมือของศศิธร และคณะ ซึ่งทำการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในปี พ.ศ. 2540 คือ แบบวัดคุณภาพชีวิต วัตถุประสงค์ของเครื่องมือชนิดนี้ เพื่อประเมินการรับรู้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งจะแบ่งคำถามออกเป็น 8 ด้าน จำนวน 52 ข้อ ได้แก่ (1) ด้านความพึงพอใจในชีวิต จำนวน 6 ข้อ (2) ด้านสุขภาพและการทำงานของร่างกาย จำนวน 10 ข้อ (3) ด้านปัญหาที่เกี่ยวกับโรคและการรักษา จำนวน 4 ข้อ (4) ด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อ (5) ด้านสติปัญญา จำนวน 4 ข้อ (6) ด้านอัตมโนทัศน์ จำนวน 9 ข้อ (7) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ จำนวน 7 ข้อ และ (8) ด้านจิตวิญญาณ จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นการประเมินค่า 5 อันดับ กรณีข้อคำถามด้านบวก เช่น “1” หมายถึง “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองน้อยที่สุด” จนถึง “5” หมายถึง “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองมากที่สุด” กรณีข้อคำถามด้านลบ สามารถแปลผลกลับกัน ดังนี้ “5” หมายถึง “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองน้อยที่สุด” จนถึง “1” หมายถึง “ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือพฤติกรรมตามการรับรู้ของตนเองมากที่สุด” สามารถแปลผลคะแนนได้เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง มีคะแนน 3.68 – 5.00 ระดับปานกลาง มีคะแนน 2.34 – 3.67 และระดับต่ำ มีคะแนน 1.00 – 2.33

ผู้วิจัยที่มีการนำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง โดยบุษกร และคณะ (2551) ไปใช้ในการศึกษา ได้แก่ เกศรา และณิระวรรณ (2553) ศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง เมื่อทำการทดสอบความเที่ยงของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และการศึกษาของ บุษกร และคณะ (2556) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

จะเห็นว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความหลากหลาย เนื่องจากต้องมีการออกแบบให้มีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษา งานวิจัยของตนเอง และในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาเกี่ยวกับผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง จึงต้องมีการดัดแปลงเครื่องมือในการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของ บุษกรและคณะ (2551) โดยเลือกข้อคำถามที่สอดคล้องกับงานวิจัย เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อและสร้างเพิ่มเติมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องโดยผู้วิจัย จำนวน 22 ข้อ

3. แนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตนเอง ช่วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน พัฒนาปรับปรุงด้านจิตใจ เหมาะสมกับวัยรุ่น ทำให้เกิดความเข้าใจ เห็นใจ สมาชิกในกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือ สามารถระคับประคองทางอารมณ์ได้ (พนม, 2550) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเกิดจากแนวคิดของมาร์เรม (Marram, 1978) ที่กล่าวไว้ว่า ผู้ที่มีประสบการณ์ย่อมเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด และได้มีการนำแนวคิดดังกล่าวนี้มาใช้กันอย่างแพร่หลาย

3.1 ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุน โดยวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุดโดยเจ้าหน้าที่ พยาบาลเป็นผู้สนับสนุนความรู้ เป็นแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม (Marram, 1978) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายไว้ว่า เป็นการรวมกลุ่ม ที่จัดขึ้น โดยกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาในชีวิตที่คล้ายๆ กัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน โดยมีเจ้าหน้าที่ พยาบาลเป็นผู้ช่วยให้เกิดการรวมกลุ่ม และอำนวยความสะดวกให้ (Spradley & Allender, 1996) กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีปัญหาเช่นเดียวกัน เพื่อเป็นแหล่งสนับสนุนด้วยกันเองภายในกลุ่ม (Varcaralis & Ehesbeth, 1994)

เรียสส์แมน (Riessman, 2000) กล่าวถึงกลุ่มช่วยเหลือตนเองว่า เป็นการรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคือคล้ายกัน จัดตั้งและควบคุมโดยบุคคลภายในกลุ่ม การเข้ากลุ่มจะมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เป็นปัญหาหรือสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต และมีการเรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากบุคคลภายในกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้กับตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้นำกลุ่ม นอกจากนี้ยังเป็นการรวมกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือกัน ให้ความช่วยเหลือกัน ในรูปแบบต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ที่สมาชิกกลุ่มร่วมกันกำหนดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่สามารถแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้วจะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่นๆ (อรรธรณ, 2547)

กล่าวโดยสรุป คือ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การรวมกลุ่มโดยสมัครใจ จากกลุ่มบุคคลที่มีปัญหาคือคล้ายคลึงกัน เพื่อร่วมกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์เหล่านั้น โดยกลุ่มบุคคลจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ และดำเนินการในการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาจากบุคคลภายในกลุ่ม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการปรับใช้กับตนเอง โดยไม่ต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง

3.2 ความเป็นมาของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ปี ค.ศ. 1800 มีการย้ายถิ่นฐานครั้งใหญ่ในอเมริกา เกิดปัญหาการปรับตัวของคน ที่มาจากถิ่นฐานที่แตกต่างกัน ต้องมาอยู่รวมกันในสถานที่ใหม่ และได้รับความช่วยเหลือจาก หน่วยงานไม่เพียงพอ ผู้อพยพจึงตั้งเครือข่ายขึ้นเพื่อช่วยเหลือกันเองให้สามารถปรับตัวต่อสถานที่ ใหม่และภาษาใหม่ (ครุณี, 2534)

ต่อมาเมื่อถึงระยะสงคราม โลกครั้งที่ 2 กลุ่มช่วยเหลือตนเองด้านสุขภาพและความ เจ็บป่วยจึงเกิดขึ้น โดยผู้ปกครองของเด็กที่มีความพิการด้านร่างกายและจิตใจ ได้จัดตั้งองค์กรเล็กๆ ขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาเฉพาะของกลุ่ม และต่อจากนั้นเป็นต้นมาเกิดกลุ่มต่างๆ ขึ้นอีกมากมาย (ครุณี, 2534)

ปี ค.ศ. 1935 กลุ่มผู้ติดสุราเรื้อรังนิรนาม (alcoholic anonymous) เป็นกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ก่อตั้งขึ้น เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่สิ้นหวังให้เลิกดื่มสุรา สามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่าง ปกติและเป็นกลุ่มบุกเบิกที่เป็นแบบอย่างของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ เกิดขึ้นในเวลาต่อมาอีกมากมาย (ครุณี, 2534)

ปี ค.ศ. 1960 มีกลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดตั้งขึ้นในกลุ่มต่างๆ และเริ่มเห็นความสำคัญ มากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ติดการพนัน (gamblers anonymous) กลุ่มติดยาเสพติด (narcotic anonymous) กลุ่มผู้บริโภคอาหารมากเกินไป (overeaters anonymous) กลุ่มผู้ปกครองที่มีปัญหาเลี้ยงบุตร (parent anonymous) และกลุ่มที่มีตราบาปในชีวิต (stigma) เป็นต้น (Marram, 1978)

ปี ค.ศ. 1970 กลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง (chronic illnesses) และกลุ่มผู้ไร้ความสามารถ (disability) เริ่มนำแนวคิดของกลุ่มช่วยเหลือตนเองเข้ามาประยุกต์ใช้ (Marram, 1978)

ปี ค.ศ. 1978 มีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้กับพยาบาลในลักษณะของกลุ่ม ประคับประคอง (support group) โดยใช้กับกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค กลุ่มบิดาหรือมารดาที่ต้องเลี้ยงลูก ตามลำพังคนเดียว กลุ่มเด็กที่หนีออกจากบ้าน ซึ่งผู้ที่ได้นำมาใช้ คือ มาร์แรม (Marram, 1978) หลังจากมีการนำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้นั้น พบว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเองประสบความสำเร็จและ เป็นที่รู้จักในวงการพยาบาลเพิ่มขึ้น

พ.ศ. 2526 กลุ่มช่วยเหลือตนเองกลุ่มแรกที่ตั้งขึ้นในประเทศไทย คือ ชมรมผู้ไร้ กล่องเสียงของโรงพยาบาลศิริราช ซึ่งเป็นการดำเนินโดยบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมการฝึกพูดของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเอากล่องเสียงออกทั้งหมด ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย มะเร็งกล่องเสียงที่ไม่กล้าให้แพทย์ผ่าตัดรักษา และผู้ไร้กล่องเสียงหลังผ่าตัดให้สามารถฝึกพูดได้ (ครุณี, 2534)

3.3 จุดมุ่งหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีจุดมุ่งหมายสำหรับให้สมาชิกกลุ่มมีการแสดงบทบาท เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ไขปัญหา เพื่อให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมไปได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ เกิดประโยชน์ (ครุณี, 2534) ดังนี้

3.3.1 ลดภาวะเครียดต่อปัญหาที่มี โดยผ่านการให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหาอันเนื่องจากโรค และปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น

3.3.2 ช่วยให้สมาชิกได้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง พฤติกรรมบางอย่างอาจก่อปัญหาในสังคม ซึ่งอาจเกิดจากความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ซึ่งกลุ่มจะช่วยปรับให้เหมาะสมได้

3.3.3 คงไว้ซึ่งความเชื่อมั่นของสมาชิกและสิทธิอันชอบธรรมในภาวะที่มีความกดดัน หรือบีบบังคับจากสังคม สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย

3.3.4 มีกำลังใจในการยอมรับความจริง และพร้อมที่จะเผชิญหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาคือต่อสู้กับปัญหาเพียงลำพัง

3.4 รูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

3.4.1 รูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยทั่วไปมักจะแบ่งออกเป็น 2 แบบ (สุวนิชย์, 2554) คือ

3.4.1.1 กลุ่มที่จัดขึ้นแบบเป็นทางการ เป็นกลุ่มที่มีการกำหนดโครงสร้างของกลุ่มชัดเจน ได้แก่ กลุ่มที่ได้มีการตั้งจุดมุ่งหมายและกำหนดโครงสร้างไว้อย่างชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ มีกรรมการบริหาร กลุ่มนโยบาย และวิธีการดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก ซึ่งจะมีข้อมูลเรื่องแนวทางเกี่ยวกับการรักษาใหม่ๆ การฟื้นฟูสภาพ มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม

3.4.1.2 กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่ไม่มีการกำหนดลักษณะและโครงสร้างที่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ ทำหน้าที่เหมือนกับกลุ่มที่มารวมตัวกันทางสังคม หรือกลุ่มเล็กๆ ที่มาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ส่วนบุคคล บางกลุ่มมีโทรศัพท์ บางกลุ่มติดต่อกันทางจดหมาย เทปบันทึกเสียง วิทยุ ซึ่งสมาชิกอาจจะไม่ได้มาพบกันโดยตรง บางกลุ่มจัดโปรแกรมต่างๆ ขึ้น เช่น การเยี่ยมผู้ป่วยที่ยังไม่ได้เป็นสมาชิกและอยู่ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถเผชิญความเจ็บป่วย ความก้าวหน้าของโรคและผลดีที่จะตามมา

3.4.2 ลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม โดยทั่วไปลักษณะการรับสมาชิกกลุ่ม สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท (สวานีย์, 2554) คือ

3.4.2.1 กลุ่มปิด (closed group) คือ กลุ่มที่ไม่มีการเปิดรับสมาชิกใหม่ กลุ่มนี้จะเริ่มต้นด้วยสมาชิกกลุ่มจำนวนหนึ่ง และจะพบกันไปเรื่อยๆ โดยไม่มีการเปิดรับสมาชิกเพิ่มในระหว่างการบำบัด ไม่ว่าจะกลุ่มจะมีบรรยากาศอย่างไร ข้อดีของกลุ่มลักษณะนี้ คือ สมาชิกรู้จักคุ้นเคยกันดี สมาชิกกลุ่มไม่จำเป็นต้องปรับตัวบ่อยๆ เพราะไม่มีสมาชิกใหม่ กระบวนการของกลุ่มจะดำเนินไปเรื่อยๆ จะไม่ถูกขัดจังหวะ

3.4.2.2 กลุ่มเปิด (open group) คือ กลุ่มที่เริ่มต้นด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่ง ซึ่งอาจจะเป็น 8 คน ต่อมาสมาชิกขาดหายไป 2 คน จำนวนสมาชิกลดลงเหลือ 6 คน ซึ่งในจำนวนนี้สมาชิกรู้สึกวุ่นวายเกินไป เพราะทำให้บรรยากาศซึมเศร้า และเมื่อตกลงกันแล้วเห็นว่าควรรับสมาชิกเพิ่มอาจช่วยแก้ปัญหาได้ก็จะรับสมาชิกเข้ามาอีกระหว่างกลางคัน การรับสมาชิกใหม่นี้อาจทำได้ในกรณีสมาชิกน้อยไป สมาชิกหายไป สมาชิกลาออก หรือมีบรรยากาศซึมเศร้าเพราะมีสมาชิกไม่ค่อยพูด จำเป็นต้องรับคนที่พูดและเปิดเผยตนเอง เหล่านี้เป็นเหตุผลของการเปิดรับสมาชิกใหม่ได้ทั้งสิ้น

3.4.3 การแบ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามลักษณะสมาชิกที่เข้ากลุ่ม กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่มีปัญหาต่างๆ เกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และนำสิ่งที่ได้รับต่างๆ เหล่านั้นไปใช้ในการแก้ปัญหาของตนเองตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีการแบ่งกลุ่มตามลักษณะสมาชิกที่เข้ากลุ่ม โดยสามารถแบ่งออกเป็น 4 ชนิด (ครุณี, 2534) ดังนี้

3.4.3.1 กลุ่มที่มีปัญหาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งจะช่วยเหลือสมาชิกที่เป็นผู้ป่วย บิดา มารดา ครอบครัวของผู้ป่วยที่มีปัญหาสำคัญๆ ที่มีผลทำให้สุขภาพเปลี่ยนไป เป็นการรวมกลุ่มโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อแสวงหาความช่วยเหลือในการปรับตัวต่อปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดต่างๆ เช่น การเจ็บป่วยระยะสุดท้ายในผู้ป่วยโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดโรคหัวใจ กลุ่มผู้ป่วยหลังผ่าตัดเต้านม เป็นต้น

3.4.3.2 กลุ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น กลุ่มนิรนาม (anonymous) ต่างๆ ซึ่งเน้นเกี่ยวกับพฤติกรรมทางจิตสังคม เป็นการรวมกลุ่มของผู้ที่ติดยาเสพติด หรือกลุ่มนิรนามต่างๆ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกเกิดการเรียนรู้ แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีปัญหา

3.4.3.3 กลุ่มที่ให้การสนับสนุนทางสังคม สำหรับบุคคลที่มีการเปลี่ยนแปลงในชีวิตหรือเผชิญสถานการณ์ต่างๆ เช่น กลุ่มหย่าร้าง กลุ่มโศกเศร้า เป็นการรวมกลุ่มของบิดามารดาที่มีบุตรป่วย กลุ่มญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกได้รับความช่วยเหลือหรือสนับสนุนทางสังคม ทำให้มีกำลังใจที่จะต่อสู้ต่อไป

3.4.3.4 กลุ่มให้การสนับสนุนประชาชน สำหรับกลุ่มบุคคลพิเศษ เช่น กลุ่มสิทธิสตรี กลุ่มคนชรา กลุ่มรักรวมเพศ ได้มีการรวมกลุ่มกันโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความมีคุณค่าในตนเองของสมาชิกและเพิ่มความมีสำนึกต่อสังคม หรือเรียกช่องทางกฎหมายสังคม

3.5 การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

3.5.1 โครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

3.5.1.1 ขนาดของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป หากกลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไปจะทำให้เกิดความคิดที่หลากหลาย แต่อาจจะมีผลเสียในด้านการควบคุม การจูงใจ สมาชิกจะมีส่วนร่วมกับกิจกรรมน้อย มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มน้อยและอาจก่อให้เกิดกลุ่มย่อย ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยเกินไปจะส่งผลให้สมาชิกเกิดความอึดอัด วิตกกังวล ในการเข้ากลุ่มเพิ่มมากขึ้น และถอนตัวออกจากกลุ่มในที่สุด โดยกลุ่มที่มีความเหมาะสม ควรมีสมาชิกประมาณ 4 – 12 คน เพราะจะทำให้ปฏิสัมพันธ์กันมากที่สุดและมีความเป็นปึกแผ่นมากที่สุด (Norbeck, 1991) มาร์เรม (Marram, 1978) กล่าวว่า กลุ่มควรมีสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน สำหรับกลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5 – 7 คน จะเป็นการเพิ่มโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

3.5.1.2 สถานที่และเวลาในการจัดทำกลุ่ม (ศรีพิมล, 2553) สถานที่ในการจัดทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วน มีความเงียบสงบ ไม่มีเสียง กลิ่นรบกวนหรือสิ่งความสนใจ และมีบรรยากาศเหมาะกับการเรียนรู้ เช่น ห้องโพร่งใส ไม่แออัด ที่นั่งสบาย การจัดที่นั่งควรให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลม เพราะการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นตำแหน่งการนั่งที่ดีที่สุด เพราะจะทำให้สมาชิกได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน โต๊ะเก้าอี้ควรวางให้เหมาะสมกับสภาพห้อง ไม่ควรชิดกันจนเกินไปจนเกิดความรู้สึกอึดอัดที่จะต้องนั่ง และไม่ห่างกันมากจนทำให้กลุ่มดูห่างเหินไม่เป็นกันเอง (สุวนีย์, 2554) ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มเป็นเวลาที่ว่าง ไม่มีกิจกรรมอื่นของทั้งสมาชิกและผู้นำกลุ่ม ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม จะต้องมีการเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1 – 1 ½ ชั่วโมง สำหรับเด็กวัยรุ่น ควรใช้ครั้งละประมาณ 45 นาที (พนม, 2550) โดยความถี่ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม

3.5.2 กระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

สิ่งที่สำคัญที่จะสามารถทำให้การเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ประสบความสำเร็จได้นั้น จะต้องผ่านการปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ทั้ง 5 ขั้นตอน (Robinson, 1985) คือ

ขั้นที่ 1 การรวมกลุ่มครั้งแรกมีความสำคัญมาก ควรมีการเตรียมสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวก ต้องมีการประสานงาน ติดต่อกันให้สมาชิกมีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ทำความรู้จักกัน

ขั้นที่ 2 สร้างข้อตกลงระหว่างกลุ่ม ในขั้นนี้มีประเด็นที่จะอภิปราย คือ ทำความตกลงกัน จุดมุ่งหมาย โครงสร้าง นโยบาย หรือมีหลักการร่วมกัน วิธีการติดต่อสื่อสารกับสมาชิกในกลุ่มแบบใด กิจกรรมที่ทำร่วมกันในกลุ่ม

ขั้นที่ 3 สำรวจปัญหาและร่วมกันวางแผนแก้ไข โดยทำการสำรวจปัญหาของกลุ่มที่ต้องการช่วยเหลือ แนวทางแก้ไข การตัดสินใจที่แน่นอนในการพบกัน กำหนดวันเวลา สถานที่ วางแผนร่วมกันในเรื่องอะไร เปิดให้มีการอภิปรายออกความคิดเห็น หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน สร้างบรรยากาศที่ดีในกลุ่ม ความเป็นกันเอง ความไว้วางใจ ความซื่อสัตย์ เปิดเผยช่วยเหลือกัน

ขั้นที่ 4 ให้สมาชิกได้รับรู้ผลประโยชน์ที่ได้จากกลุ่ม อาจจะเป็นความรู้ในการแก้ไขปัญหาทางด้านสุขภาพ ความช่วยเหลือด้านอุปกรณ์ ความสบายใจ ความพอใจ การให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ขั้นที่ 5 การติดตามผล การต่อเนื่องของการเข้าร่วมกิจกรรมของสมาชิก ประโยชน์ที่ได้รับในด้านต่างๆ เช่น การแก้ปัญหา ได้รับกำลังใจ การได้ร่วมกิจกรรม ช่วยเหลือกลุ่มได้เพื่อนใหม่ มีความรู้ประสบการณ์เพิ่มขึ้น ได้รับการพัฒนาความสามารถตัวเองด้านใดบ้าง ได้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพด้านใดบ้าง

3.5.3 การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นขั้นตอนของการใช้เทคนิควิธีการต่างๆ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มรู้จักตนเอง เข้าใจปัญหาของตน สามารถค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง โดยการดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (สุวนีย์, 2554; Marram, 1978) ได้แก่

3.5.3.1 ระยะสร้างสัมพันธภาพระยะแรก (initial phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกกลุ่ม เนื่องจากระยะแรกนี้สมาชิกจะมีความอึดอัดและกังวลสนใจตนเองมาก สนใจผู้อื่นน้อย ไม่แน่ใจว่าตนเองจะต้องพูดอะไรหรือทำอะไรในกลุ่ม มีความต้องการที่จะให้กลุ่มยอมรับตน กลัวการที่จะเปิดเผยตนเองให้กลุ่มรู้จัก ระยะนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความรู้จัก ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัยมีความมั่นคงทางจิตใจ เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่น ตลอดจนการรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกกลุ่ม การสร้างสัมพันธภาพจำเป็นต้องใช้เวลาเพื่อให้เกิดการปรับตัวและเกิดความไว้วางใจ ผู้นำกลุ่มจะต้องสร้างบรรยากาศของการเป็น

มิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และควรช่วยให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ กฎและแนวทางปฏิบัติตนในการเข้ากลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 10 – 20 นาที

3.5.3.2 ระยะดำเนินการ (working phase) เป็นระยะที่กลุ่มเกิดความไว้วางใจ และเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยและระบายความรู้สึก ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา รับฟังแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นๆ และเลือกวิธีการแก้ปัญหาเพื่อปรับใช้กับตนเอง ในระยะนี้สมาชิกทุกคนจะเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับซึ่งจะทำให้สมาชิกที่เป็นเจ้าของปัญหาจะรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อนที่มีปัญหาล้ายกัน และสมาชิกที่ให้คำแนะนำหรือแนวทางแก้ปัญหาจะรู้สึกว่าตนเองได้รับการยอมรับ ทำให้ตนเองมีคุณค่าเพิ่มมากขึ้น ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม เสริมสร้างความเชื่อมั่นของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาแนวทางในการช่วยเหลือการทดสอบความถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 40 – 50 นาที

3.5.3.3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่การดำเนินการกลุ่มจะยุติลง ภายหลังจากการที่มีการดำเนินการกลุ่มมาระยะหนึ่งแล้ว โดยผู้นำกลุ่มจะต้องแจ้งให้สมาชิกทราบล่วงหน้าว่าการดำเนินการกลุ่มจะสิ้นสุดลง จะเป็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินการกลุ่ม รวมทั้งเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม พยายามทำให้สมาชิกเห็นถึงประโยชน์ที่เกิดจากการเข้าร่วมกลุ่ม และนำประโยชน์ดังกล่าวไปปรับใช้เมื่อออกจากกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ระยะนี้เกิดขึ้นในช่วง 10 – 20 นาที ก่อนปิดการประชุม

3.6 บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

3.6.1 บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่เป็นผู้นำให้กลุ่มสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายหรือความต้องการของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจเป็นสมาชิกกลุ่มคนใดคนหนึ่งที่มีความรู้ทางสุขภาพ หรือได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มกันในแต่ละครั้ง

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ ดังนี้

3.6.1.1 เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก 3 ด้าน (Marram, 1978) คือ

- ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (Security)
- ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม (Belonging)

-

ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับผู้อื่น (Companionship)

3.6.1.2 ต้องสร้างบรรยากาศและควบคุมสถานการณ์ให้สมาชิกทุกคนมีอิสระในการแสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นในปัญหา แต่ต้องควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียดจนเกินไป มีความเป็นมิตร มีการยอมรับซึ่งกันและกัน ให้การสนทนาในกลุ่มเป็นไปในลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก (สุวนิชย์, 2554)

3.6.1.3 ต้องรับผิดชอบให้กลุ่มมีการดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ (พนม, 2550) มีการประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็นระยะๆ (Marram, 1978)

3.6.1.4 ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน เนื่องจากสมาชิกแต่ละคนย่อมใช้เวลาในการบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่มได้ในเวลาที่แตกต่างกัน (Marram, 1978)

3.6.1.5 กระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มมีการแสดงออก มีส่วนร่วมในกลุ่ม และยับยั้งการแสดงออกของสมาชิกกลุ่มบางรายที่มีการแสดงออกมากเกินไป ไม่ตรงประเด็น หรือไม่เหมาะสม (พนม, 2550)

3.6.2 บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มที่ดีมีหน้าที่ (ครุณี, 2534; Maram, 1978) ดังนี้

3.6.2.1 ให้การสนับสนุน และให้กำลังใจแก่เพื่อนสมาชิก

3.6.2.2 ช่วยสร้างบรรยากาศของกลุ่มให้อยู่ในสภาพที่พอเหมาะ ไม่เข้มงวดหรือตึงเครียดเกินไป แก้ไขข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม ลดความตึงเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

3.6.2.3 รับฟังความคิดเห็นต่างๆ ของเพื่อนในกลุ่ม

3.6.2.4 กระตุ้นสมาชิกกลุ่มให้มีการเสนอแนะความคิด และวิธีการใหม่ เพื่อผลักดันให้กลุ่มได้ก้าวต่อไป

3.6.2.5 รักษาความลับซึ่งกันและกัน

3.7 บทบาทของพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกิจกรรมหนึ่งที่ช่วยให้จุดมุ่งหมายของการพยาบาลประสบความสำเร็จ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และเผชิญปัญหาต่างๆ ได้ โดยพยาบาลจะมีหน้าที่ให้การช่วยเหลือ และสนับสนุน (ครุณี, 2534; Maram, 1978) ดังนี้

- 3.7.1 เป็นผู้ยืนยัน ตรวจสอบ และแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกได้รับรู้ที่ถูกต้อง
- 3.7.2 เป็นผู้ติดต่อประสานงานในกลุ่ม เป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิก
ส่งเสริมบรรยากาศเป็นมิตร และบรรยากาศของการมีส่วนร่วม
- 3.7.3 เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดสถานที่ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น
- 3.7.4 เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคน
ต่อไป
- 3.7.5 ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดคนหนึ่ง หรือกลุ่ม
- 3.7.6 กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม
- 3.7.7 เป็นสมาชิกกลุ่ม เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม
- 3.7.8 ติดตามประเมินผลการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองของ
สมาชิก

3.8 ลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รูปแบบของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยให้สมาชิกกลุ่มได้รับการยอมรับ การเข้าใจ โดยการช่วยเหลือจากระบบค้ำจุนภายในกลุ่ม แตกต่างจากกลุ่มอื่นๆ เช่น การให้คำปรึกษากลุ่ม (group counseling) กลุ่มจิตบำบัด (psychotherapy) เป็นต้น ซึ่งลักษณะเฉพาะของกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะมีลักษณะเด่นชัด (ธิดารัตน์, 2543) ดังนี้

- 3.8.1 มีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้โดยกลุ่มสมาชิก (distinguished by their supportive and education aims)
- 3.8.2 เน้นไปที่เหตุการณ์ที่ทำให้ชีวิตยุ่งยากเพียงอย่างเดียว (focus on a single life disrupting event)
- 3.8.3 จุดประสงค์เบื้องต้น คือ การสนับสนุนให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลง (primary purpose of supporting personal change)
- 3.8.4 เป็นกลุ่มนิรนามและมีความเป็นส่วนตัว (anonymous and confidential nature)
- 3.8.5 สมาชิกเข้าร่วมกลุ่มด้วยความสมัครใจ (voluntary membership)
- 3.8.6 ผู้นำกลุ่มมาจากผู้ป่วยด้วยกันเอง (member leadership)
- 3.8.7 ไม่มีการแสวงหากำไรหรือผลประโยชน์ใดๆ จากการเข้ากลุ่ม (absence of profit orientation)

3.9 ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ยังไม่พบข้อมูลเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง แต่จะมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

จากการศึกษาของคумаเคช และคณะ (Kumakech et al., 2009) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือสนับสนุนต่อภาวะสุขภาพจิตในเด็กกำพร้าที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยทำการศึกษาในเด็กอายุ 10 – 15 ปี และทำการติดตามประเมินด้านจิตใจของเด็กซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีลักษณะเป็นรูปแบบของกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ที่มีประสบการณ์ในลักษณะคล้ายคลึงกัน และมีการจัดกิจกรรม คือ ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอหัวข้อที่เป็นปัญหาของตนเองในลักษณะของรูปภาพ บทบาทสมมติ บทกวี หรือลักษณะเกมส์ จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน และทำการประเมินผลทุกๆ 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วม โปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือสนับสนุนมีคะแนนระดับความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบว่า มีคะแนนระดับภาวะซึมเศร้า และอารมณ์โกรธลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)

ส่วนผลการศึกษาโดยการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อด้านจิตใจในวัยผู้ใหญ่ เช่น ประดิษฐา (2538) พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นภัสวรรณ (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของการเป็นมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการสุขภาพตามวิธีปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และยังพบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดของการเป็นมารดาในกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และบุศกร (2549) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังการทดลองเสร็จสิ้นทันทีที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาต่างๆ เหล่านี้ ทำให้เห็นได้ว่าการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยกันแก้ปัญหา เกิดการยอมรับ เข้าใจ สมาชิกสามารถพูดถึงปัญหานั้นๆ อย่างเปิดเผยกับ

สมาชิกคนอื่นๆ ที่มีปัญหาคล้ายๆ กันในบรรยากาศที่ไม่เป็นอคติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี

นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยเชิงทดลองที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งโดยรวม เช่น การศึกษาวิจัย ของเกสรา และณิระวรรณ (2553) เกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง ซึ่งมีการประเมิน 3 ระยะ คือ ระยะ 1 – 3 เดือน ระยะ 4 – 6 เดือน และระยะ 7 – 12 เดือน หลังการวินิจฉัยโรค ซึ่งพบว่า เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางทั้ง 3 ระยะ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากงานวิจัยที่ไม่ได้จัดกระทำเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยตรง และรัชเชต และคณะ (Russell et al., 2011) ศึกษาผลของการฝึกโยคะบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองและเด็กที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็ง ทำการศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่มีอายุระหว่าง 6 – 19 ปี โดยการเข้าร่วมโปรแกรมโยคะบำบัดติดต่อกัน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ผลการศึกษาพบว่า การฝึกโยคะบำบัด ส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่านั้น ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสร้างนวัตกรรมต่างๆ เพื่อลดอาการทางด้านจิตใจ เช่น ความกลัว วิดกกังวล ซึมเศร้า หรือเพื่อส่งเสริมการปรับตัวและส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ นวัตกรรมทางการแพทย์ในการลดความกลัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับเคมีบำบัด โดยวรภัทรและคณะ (2550) โดยใช้เครื่องมือในการทดลอง คือ ภาพเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง (animation) แบบประเมินความกลัวด้วยตนเอง แบบสังเกตพฤติกรรมความกลัว ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) และกนิษฐา (2554) ได้สร้างนวัตกรรมทางการแพทย์ในการส่งเสริมการปรับตัวของเด็กป่วยวัยเรียนที่เริ่มรับรู้การเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย ภาพเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง (animation) เรื่อง “เมื่อหนูนอนโรงพยาบาล” คู่มือการปฏิบัติตัวและแบบประเมินการปรับตัว ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนการปรับตัวมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) นอกจากนี้วิลเลียม, จอยซ, และเอวา (William, Joyce, & Eva, 2011) ศึกษาการเล่นบำบัดโดยใช้เกมส์คอมพิวเตอร์เสมือนจริงในการลดความวิตกกังวลและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ร่วมกับการเล่นบำบัดโดยใช้เกมส์คอมพิวเตอร์เสมือนจริง 30 นาที (5 วัน/สัปดาห์) เกมส์จะมีลักษณะเหมือนกับสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ บริบทต่างๆ ที่จะพบ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอาการซึมเศร้าลดลง แต่ระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน

สรุปการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำที่สุด ผู้ป่วยเด็กจะกลัวเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค (Zebrack & Chesler, 2002) กลัวการรักษาที่ทำให้ปวด หงุดหงิดง่าย กลัวโรคที่เป็นอยู่กังวลว่าโรคนี้อาจรักษาไม่หาย (บุษกร และคณะ, 2551) และยังพบอีกว่าขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กมีระดับความวิตกกังวลสูงมาก (Li et al., 2010) ผลการศึกษาทำให้เห็นได้ว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจะเกิดผลกระทบทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก จึงได้มีผู้หาแนวทางต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เช่น รัชเชล และคณะ (Russell et al., 2011) ทำการศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกโยคะบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ปกครองและเด็กที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า การฝึกโยคะบำบัด ส่งผลต่อการรับรู้ของเด็กเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเท่านั้น ส่วนคุณภาพชีวิตในด้านอื่นๆ พบว่าไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง ของเกศราและณิระวรรณ (2553) พบว่า เด็กวัยเรียนโรคมะเร็งมีพฤติกรรมดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง และนวัตกรรมการพยาบาลในการลดความกลัวของผู้ป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับเคมีบำบัด โดยวรภัทร และคณะ (2550) พบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความกลัวการได้รับยาเคมีบำบัดแตกต่างกับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .01$) ซึ่งสามารถลดความกลัวได้เฉพาะช่วงที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัดเท่านั้น ไม่มีการระบุงการดูแลเพื่อลดความกลัวในด้านต่างๆ อย่างต่อเนื่อง ส่วนวิลเลียม และคณะ (William et al., 2011) ศึกษาการเล่นบำบัดโดยใช้เกมส์คอมพิวเตอร์เสมือนจริงในการลดความวิตกกังวลและลดอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีอาการซึมเศร้าลดลง

จะเห็นได้ว่า ยังไม่มีการศึกษาใดที่มีการส่งเสริมหรือพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจได้อย่างแท้จริง ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาวิธีการเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกๆ ด้าน โดยวิธีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากเป็นรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยเป็นการแสดงความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลที่มีประสบการณ์และมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ทั้งกลุ่มคนที่มีปัญหาทางสุขภาพ และในบุคคลที่เป็นผู้ดูแล ทำให้สามารถลดภาวะเครียดต่อปัญหาที่มี เฉพาะปัญหาต่างๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้ รวมถึงอาจเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นจากประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน มีความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และอารมณ์โกรธได้ และสามารถส่งเสริมให้เผชิญกับสิ่งที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

ได้ เนื่องจากเด็กรุ่นนี้มีพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลงทางระบบความคิดที่มีเพิ่มมากขึ้น มีความสามารถที่จะใช้คำพูดที่เป็นนามธรรมสูง มีความคิดสร้างสรรค์ มีความสามารถสูง สามารถพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง ดังนั้นจึงคาดว่าการทำงานกลุ่มช่วยเหลือตนเองน่าจะมีความเหมาะสมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจให้ดีขึ้นได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pre – post test control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง

2. ประชากรเป้าหมาย

ประชากรเป้าหมายที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา

3. กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 11 – 17 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

3.1 ไม่มีประวัติผิดปกติด้านจิต อารมณ์

3.2 ไม่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรง เช่น ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการรักษาหรือผ่าตัดรับด่วน

3.3 เคยได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด อย่างน้อย 2 สัปดาห์

3.4 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

3.5 มีความสามารถในการพูด อ่านออก เขียนภาษาไทยได้ และได้ยินตามปกติ

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการหาขนาดอิทธิพล จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุด คือ ผลของ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีใน เด็กกำพร้าที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดย คุมาเคช และคณะ (Kumakech et al., 2009) งานวิจัยดังกล่าวทำการศึกษาในเด็กอายุ 10 – 15 ปี และทำการติดตามประเมินด้านจิตใจ ซึ่ง ประกอบด้วย ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความคิดที่รุนแรง ความอับอาย และความโกรธ ซึ่งมีความใกล้เคียงกับการศึกษาของผู้วิจัย ที่มีการประเมินความวิตกกังวลและอาการซึมเศร้า ที่เป็นส่วนหนึ่งของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ผู้วิจัยได้ให้นิยามไว้ในเบื้องต้น จึงได้มีการคำนวณหาขนาดอิทธิพล ในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006) โดยเลือกผลค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.45 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) จากนั้นนำไปแทนค่าคำนวณในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006) อีกครั้งโดยการกำหนด ค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 62 รายต่อกลุ่ม (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) รวมขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 124 ราย แต่เนื่องจากขนาดกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ค่อนข้างใหญ่ ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิเคราะห์ผลความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย พบว่า มีความแตกต่างกัน และเมื่อคำนวณหาขนาดอิทธิพล (effect size) โดยใช้โปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006) เมื่อแทนค่าเฉลี่ยและ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละกลุ่มได้ค่าขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 2.79 (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) และเมื่อแทนค่าอำนาจการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 จะได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 3 ราย (รายละเอียดตามภาคผนวก ข) ผู้วิจัยจึงได้ยุติการเก็บข้อมูล

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด หลังจากนั้นสอบถามกลุ่มตัวอย่างถึงความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย ตามใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย (ภาคผนวก ค) ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลครั้งแรกในกลุ่มควบคุม ก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง (contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการที่ทั้ง 2 กลุ่มได้มีการพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ ผลการวิจัยเกิดความคลาดเคลื่อนได้ โดยกลุ่มควบคุมเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งไม่ได้

รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่วนกลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นคู่มือที่ใช้ประกอบการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาตำรา และวารสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย หลักการและรายละเอียดของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในแต่ละครั้ง (ภาคผนวก ง) โดยครั้งแรกผู้วิจัยจะชี้แจงวัตถุประสงค์ และประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และเป็นผู้นำกลุ่ม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่มตามความสมัครใจ ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ ในแต่ละครั้งให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และร่วมอภิปราย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหา และในครั้งสุดท้ายจะเป็นการประเมินคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีทั้งหมด 4 ครั้ง คือ ครั้งที่ 1 การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความกลัวและความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” ครั้งที่ 2 การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” ครั้งที่ 3 การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” และ ครั้งที่ 4 การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้งใช้เวลา 30 - 45 นาที หรือตามความเหมาะสม ซึ่งความถี่และระยะเวลาขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม สมาชิกกลุ่มจำนวน 5 - 10 ราย ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด เป็นกลุ่มเดิมตลอดทั้ง 4 ครั้ง

2. แบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูล (ภาคผนวก จ) ประกอบด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้เลี้ยงดู สถานภาพในครอบครัว ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนและ/หรือครู การวินิจฉัยโรค ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น

2.2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผู้วิจัยดัดแปลงจากแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งสร้างโดยบุษกรและคณะ (2551) โดยเลือกข้อคำถามที่สอดคล้องกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวน 8 ข้อและผู้วิจัยสร้างเพิ่มเติมจำนวน 22 ข้อ จากการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งให้เลือกตอบที่ตรงกับความรู้สึก/ข้อคิดเห็นของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมากที่สุด

แบบสอบถามส่วนนี้มีทั้งข้อความที่มีความหมายทางบวก 18 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 18, 19, 20, 22, 24, 26, 27, 28, 29, 30 และข้อความที่มีความหมายทางลบ 12 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 5, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 21, 23, 25 ลักษณะของคำตอบเป็น มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคะแนน คือ มากที่สุดให้ค่าคะแนนเท่ากับ 5 จนถึงน้อยที่สุด ให้ค่าคะแนนเท่ากับ 1 ดังนี้

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้น ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

	ทางบวก	ทางลบ
มากที่สุด	5 คะแนน	1 คะแนน
มาก	4 คะแนน	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน	4 คะแนน
น้อยที่สุด	1 คะแนน	5 คะแนน

กำหนดให้แบ่งระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจโดยใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ด้วยวิธีการนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารจำนวนระดับคุณภาพชีวิต (ชูศรี, 2541) จะได้ระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1.00 – 2.33	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับต่ำ
คะแนน 2.34 – 3.67	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับปานกลาง
คะแนน 3.68 – 5.00	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับสูง

กำหนดการแปลผลคะแนนรวมทั้งหมดของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ใช้เกณฑ์การแปลผลคะแนน ด้วยวิธีการนำค่าคะแนนสูงสุดลบด้วยค่าคะแนนต่ำสุดหารจำนวนระดับของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ชูศรี, 2541) จะได้ระดับคะแนน 3 ระดับ ดังนี้

คะแนนรวม 30 – 69	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับต่ำ
คะแนนรวม 70 – 109	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับปานกลาง
คะแนนรวม 110 – 150	หมายถึง	ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในระดับสูง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือ (validity)

คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ได้ทำการตรวจสอบโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย อาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลด้านการพยาบาลจิตเวช จำนวน 1 ท่าน เป็นผู้พิจารณาตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความชัดเจนของการใช้ภาษาเพื่อให้เหมาะสมกับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการตรวจสอบความตรงของคู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า การระบุเวลาในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองแต่ละครั้งยังไม่ชัดเจน ซึ่งผู้วิจัยได้ตรวจสอบและระบุเวลาในการทำ

กลุ่ม คือ 30 – 45 นาที รวมถึงการเขียนหัวข้อชี้แจงกิจกรรมต่างๆ ไม่มีความชัดเจน ผู้วิจัยจึงปรับแก้ โดยการเพิ่มระบุหัวข้อการจดบันทึกและวาดภาพในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในแต่ละครั้ง หลังจากนั้นผู้วิจัยได้นำคู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 3 ราย โดยใช้ระยะเวลา 4 วัน เพื่อพิจารณาความชัดเจนของการใช้ภาษาให้เหมาะสมกับพัฒนาการของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง แล้วนำมาปรับปรุง ในการทดลองใช้ผู้วิจัยได้มีการปรับเปลี่ยนลำดับของหัวข้อและระยะเวลาในการทำกลุ่ม โดยขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา จำนวน 20 ราย เพื่อทำการตรวจสอบการใช้ภาษาที่เหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ เนื่องจากค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค สำหรับเครื่องมือที่มีการดัดแปลงที่ยอมรับได้ต้องเท่ากับหรือมากกว่า .70 ขึ้นไป (Polit & Beck, 2012)

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินการเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ภายหลังโครงการวิจัยได้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์แล้ว ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เพื่ออนุมัติต่อผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น
4. ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นตอนดำเนินการ

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างได้รับการพยาบาลปกติจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก 2 ซึ่งได้แก่ การให้ความรู้และการปฏิบัติตัวต่างๆ ไป ตลอดจนคำแนะนำเกี่ยวกับระเบียบการต่างๆ ในการเข้ารับการรักษาตัวในหอผู้ป่วย และการให้การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยต่างๆ ไป ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมวิจัย และให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (pre - test) และนัดอีก 4 วัน เพื่อทำแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (post - test) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 – 45 นาที)

- เข้าร่วมกับสมาชิกกลุ่ม จากนั้นแนะนำตนเอง ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย และอธิบายวัตถุประสงค์เพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย ระยะเวลา 5 นาที

- ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย เช่น สัญญาณชีพอยู่ในระดับปกติ สามารถลุกเดิน ช่วยเหลือตัวเองและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และประเมินความพร้อมด้านจิตใจ จากการสังเกตสีหน้า ท่าทาง และจากการพูดคุยสอบถามความพร้อมของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระยะเวลา 5 นาที

- รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (pre - test) ระยะเวลา 5 นาที

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1 ซึ่งเรื่องที่น่าสนใจจะครอบคลุมในหัวข้อ “ความกลัวและความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม หากสมาชิกกลุ่มไม่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้จับบันทึก หรือวาดภาพ จากนั้นจึงนำผลงานดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะเวลา 20 – 25 นาที

- ซึ่งแจ้ง ร่วมกันนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป ระยะเวลา 5 นาที

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 – 45 นาที)

- ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้วในครั้งที่ 1

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2 ซึ่งเรื่องที่น่าสนใจมาพูดคุยครอบคลุมในหัวข้อ “ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่มตามความสมัครใจ ส่วนผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ หากสมาชิกกลุ่มไม่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้จดบันทึก หรือวาดภาพ จากนั้นจึงนำผลงานดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะเวลา 20 – 30 นาที

- ชี้แจง ร่วมกันนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป ระยะเวลา 5 นาที

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 – 45 นาที)

- ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้วในครั้งที่ 1

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3 ซึ่งเรื่องที่น่าสนใจมาพูดคุยครอบคลุมในหัวข้อ “ความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่มตามความสมัครใจ ส่วนผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ หากสมาชิกกลุ่มไม่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้จดบันทึก หรือวาดภาพ จากนั้นจึงนำผลงานดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะเวลา 20 – 30 นาที

- ชี้แจง ร่วมกันนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป ระยะเวลา 5 นาที

ครั้งที่ 4 (วันที่ 4 ใช้เวลาทั้งสิ้น 30 – 45 นาที)

- ประเมินความพร้อมด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้วในครั้งที่ 1

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 4 ซึ่งเรื่องที่น่าสนใจมาพูดคุยครอบคลุมในหัวข้อ “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่มตามความสมัครใจ ส่วนผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ หากสมาชิกกลุ่มไม่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้จดบันทึก หรือวาดภาพ จากนั้นจึงนำ

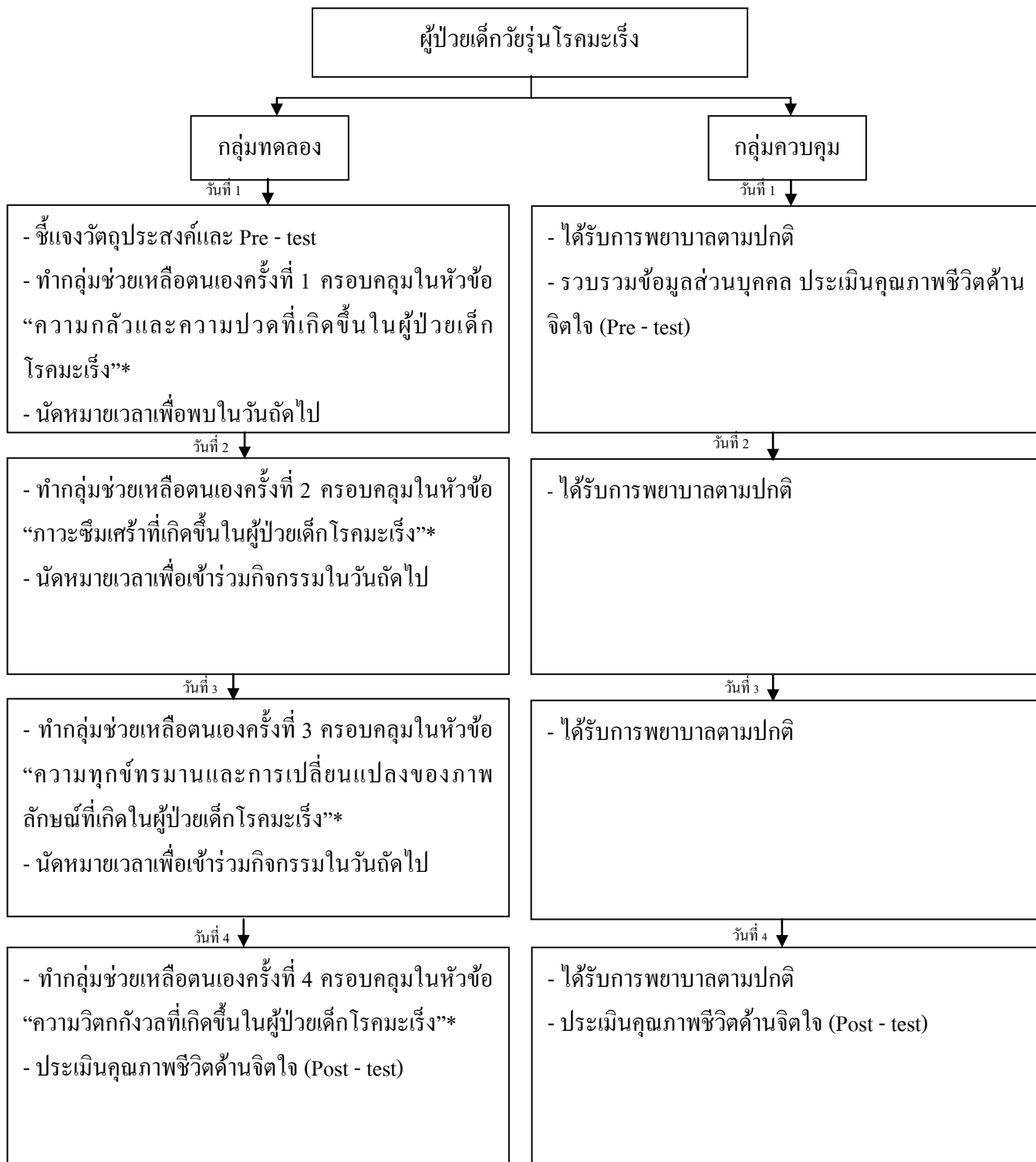
ผลงานดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไข
ร่วมกัน ระยะเวลา 20 – 30 นาที

- ชี้อัจจะ ร่วมกันนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป ระยะเวลา
5 นาที

ผู้วิจัยเด็กตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (post-test) หลังเข้า
ร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 5 นาที

สำหรับการเรียงลำดับหัวข้อในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง อาจสลับปรับเปลี่ยน
ได้ขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม

แผนการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล ดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2. แผนการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล

หมายเหตุ * การเรียงลำดับหัวข้อในการทำกลุ่ม อาจสลับปรับเปลี่ยนได้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบของคณะกรรมการการประเมินงานวิจัยด้านจริยธรรมของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ ศช 0521.1.05/167 และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ มอ 395/3616 โดยผู้วิจัยได้จัดทำใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างแนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม และผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือ ความยินยอมจากผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยที่ผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้ซักถามจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน เพื่อป้องกันการปฏิเสธการเข้าร่วมขณะทำการทดลอง พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ รวมทั้งคำตอบหรือข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะถือเป็นความลับและผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยจะปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับ มีการลงรหัสหมายเลขแทนชื่อ กลุ่มตัวอย่างจะถูกขอให้ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการวิจัย มีอิสระในการที่จะเลือกตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของตนเอง การศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม แต่กลุ่มตัวอย่างอาจจะเกิดอาการเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย หรือเครียด จากการเข้าร่วมทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน 4 วัน โดยใช้ระยะเวลา วันละ 30 - 45 นาที หากเกิดอาการดังกล่าวขึ้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อหยุดพัก หรือเลื่อนเวลาในการทำกิจกรรม การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างจะรับทราบข้อมูลจากผู้วิจัยโดยตรง และจะให้ผู้ดูแลเป็นผู้เซ็นต์ชื่อยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับนามบัญญัติและเรียงอันดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าความถี่ และหาค่าร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-square test) ส่วนข้อมูลระดับอันดับและอัตราส่วน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test)

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มทดลอง โดยการใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว กรณีที่ 2 กลุ่มมีความสัมพันธ์กัน (1-tailed, paired t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน ในกลุ่มควบคุม โดยการใช้สถิติทีคู่ แบบทดสอบทางเดียว กรณีที่ 2 กลุ่ม มีความสัมพันธ์กัน (1-tailed, paired t-test)

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test)

5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและอภิปรายผล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เป็นวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อายุ 11 – 17 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 25 ราย และกลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 25 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ทำการศึกษา ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2557 ก่อนทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังภายในกลุ่มเดียวกัน และระหว่างกลุ่ม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ พบว่า ไม่มีข้อใดที่ขัดกับข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ (ภาคผนวก ฉ) ดังนั้นจึงขอนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผลแบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐาน

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน ในกลุ่มควบคุม

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มทดลอง

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยวัยรุ่น โรคมะเร็ง อายุ 11 – 17 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน 50 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม คือ กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จำนวน 25 ราย และกลุ่มทดลอง คือ กลุ่มที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จำนวน 25 ราย การเปรียบเทียบข้อมูลส่วนบุคคล ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ได้ผล ดังนี้

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อทดสอบความแตกต่าง ของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งใน กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ผู้ดูแลอย่างใกล้ชิดในยามเจ็บป่วย ลำดับบุตร ประวัติการเจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งของคนในครอบครัว สัมพันธภาพในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อนก่อนเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับเพื่อนขณะเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับครูก่อนการเจ็บป่วย สัมพันธภาพกับครูขณะ เจ็บป่วย และการวินิจฉัยโรค ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1)

ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย โดยมีจำนวนใกล้เคียงกัน คิดเป็นร้อยละ 60 และ ร้อยละ 52 ตามลำดับ อายุที่พบมากที่สุดในกลุ่ม ควบคุม คือ 13 ปี ร้อยละ 32 มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 13 ($QD = 1.125$) เช่นเดียวกับอายุที่พบ มากที่สุดในกลุ่มทดลอง คือ 13 ปี ร้อยละ 28 มีค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 13 ($QD = 1.25$) กลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 80 และ ร้อยละ 68 ตามลำดับ กลุ่ม ควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ร้อยละ 44 รองลงมา คือ ระดับ มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ร้อยละ 36 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ร้อยละ 48 รองลงมา คือ ระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ร้อยละ 32 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระยเวลาน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 56 มีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่เจ็บป่วย ด้วยโรคมะเร็งเท่ากับ 10 เดือน ($QD = 2.083$) เช่นเดียวกับระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งในกลุ่ม ทดลองส่วนใหญ่ มีระยเวลาน้อยกว่า 1 ปี ร้อยละ 52 โดยมีค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งเท่ากับ 11 เดือน ($QD = 3.5$) ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในการเจ็บป่วยครั้งนี้ ในกลุ่ม ควบคุมและกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ คือ มารดา คิดเป็นร้อยละ 80 และ ร้อยละ 84 ตามลำดับ ผู้ป่วย

เด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 ร้อยละ 60 ในกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 ร้อยละ 48 ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนในครอบครัวในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่คนในครอบครัวไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ร้อยละ 88 และร้อยละ 92 ตามลำดับ ด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนและครูของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า สัมพันธภาพกับเพื่อนก่อนการเจ็บป่วยสามารถเข้ากันได้ดี ร้อยละ 100 สัมพันธภาพกับเพื่อนขณะเจ็บป่วยเข้ากันได้ดี ร้อยละ 100 เช่นกัน รวมถึงสัมพันธภาพกับครูก่อนการเจ็บป่วยเข้ากันได้ดีกับครู ร้อยละ 100 ขณะเจ็บป่วย พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งส่วนใหญ่ไปโรงเรียนตามปกติ ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 52 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 56 ส่วนสัมพันธภาพกับครูขณะเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง พบว่าเข้ากันได้ดีกับครู กลุ่มควบคุม ร้อยละ 52 และกลุ่มทดลอง ร้อยละ 56 การวินิจฉัยโรคในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 52 และรองลงมาคือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 28 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 40 มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 40 รองลงมาคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 16

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ และผลการทดสอบไคสแควร์ (*Chi-square*) ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					.325	.569
ชาย	15	60	13	52		
หญิง	10	40	12	48		
อายุ*					2.131	1.00
11 ปี	6	24	6	24		
12 ปี	4	16	3	12		
13 ปี	8	32	7	28		
14 ปี	3	12	4	16		
15 ปี	2	8	3	12		
16 ปี	2	8	1	4		
17 ปี	0	0	1	4		
ค่ามัธยฐานของอายุ (ปี)	Md = 13 QD = 1.125		Md = 13 QD = 1.25			

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ศาสนา					.936	.333
พุทธ	20	80	17	68		
อิสลาม	5	20	8	32		
ระดับการศึกษา*					3.038	.401
ประถมศึกษาปีที่ 1 – 3	2	8	0	0		
ประถมศึกษาปีที่ 4 – 6	11	44	8	32		
มัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3	9	36	12	48		
มัธยมศึกษาปีที่ 4 – 6	3	12	5	20		
ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง*					4.504	.607
น้อยกว่า 1 ปี	14	56	13	52		
1 ปี	9	36	9	36		
2 ปี	0	0	2	8		
3 ปี	1	4	0	0		
4 ปี	0	0	1	4		
5 ปี	1	4	0	0		
ค่ามัธยฐานระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง (เดือน) $Md = 10$ $QD = 2.083$					$Md = 11$ $QD = 3.5$	
ผู้ที่ดูแลกันอย่างใกล้ชิดในการเจ็บป่วย ครั้งนี้**					0.000	1.00
บิดา	5	20	4	16		
มารดา	20	80	21	84		
สถานภาพในครอบครัว*					3.288	.402
เป็นบุตรลำดับที่ 1	7	28	12	48		
เป็นบุตรลำดับที่ 2	15	60	9	36		
เป็นบุตรลำดับที่ 3	2	8	2	8		
เป็นบุตรมากกว่าลำดับที่ 3	1	4	2	8		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=25)		กลุ่มทดลอง (n=25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของ คนในครอบครัว**					0.000	1.00
มี	3	12	2	8		
ไม่มี	22	88	23	92		
สัมพันธภาพในครอบครัว**					0.000	1.00
ดี	23	92	24	96		
ไม่ดี	2	8	1	4		
สัมพันธภาพกับเพื่อนก่อนเจ็บป่วย						
เข้ากันได้ดีกับเพื่อน	25	100	25	100		
สัมพันธภาพกับเพื่อนขณะเจ็บป่วย						
เข้ากันได้ดีกับเพื่อน	25	100	25	100		
สัมพันธภาพกับครูก่อนเจ็บป่วย						
เข้ากันได้ดีกับครู	25	100	25	100		
การไปโรงเรียนขณะเจ็บป่วย					.081	.777
ได้ไปโรงเรียน	13	52	14	56		
ไม่ได้ไปโรงเรียน	12	48	11	44		
สัมพันธภาพกับครูขณะเจ็บป่วย						
เข้ากันได้ดีกับครู	13	52	14	56		
การวินิจฉัยโรค*					2.923	.604
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	2	8	4	16		
มะเร็งสมอง	2	8	1	4		
มะเร็งต่อมไทรอยด์	7	28	10	40		
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	13	52	10	40		
อื่นๆ	1	4	0	0		

*Fisher's Exact Test, **Yate's Continuity Correction

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐาน

2.1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน ในกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างจากวันแรก ($t = 0.27, p = .791$) โดยในวันแรกมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 94.92 ($SD = 13.38$) และในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 94.60 ($SD = 10.09$) (ตาราง 2)

2.2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.01, p = .000$) โดยก่อนทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 92.08 ($SD = 9.72$) และหลังทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 116.20 ($SD = 4.23$) (ตาราง 2)

ตาราง 2

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติที (*paired t-test*)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ		
กลุ่มควบคุม	94.92	13.38	ปานกลาง	94.60	10.09	ปานกลาง	0.27	.791 (2-tailed)
กลุ่มทดลอง	92.08	9.72	ปานกลาง	116.20	4.23	สูง	-12.01	.000*** (1-tailed)

*** $p < .001$

2.3 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.86, p = .395$) โดยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ก่อนการทดลองอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 92.08 ($SD = 9.72$) และ 94.92 ($SD = 13.38$) ตามลำดับ (ตาราง 3)

2.4 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -9.87, p = .000$) โดยคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูง เท่ากับ 116.20 ($SD = 4.23$) และในกลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง เท่ากับ 94.60 ($SD = 10.09$) (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยใช้สถิติที่ (*independent t-test*)

กลุ่ม	กลุ่มควบคุม			กลุ่มทดลอง			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	94.92	13.38	ปานกลาง	92.08	9.72	ปานกลาง	0.86	.395 (2-tailed)
หลังการทดลอง	94.60	10.09	ปานกลาง	116.20	4.23	สูง	-9.87	.000*** (1-tailed)

*** $p < .001$

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นเพศชายและเพศหญิง อายุระหว่าง 11 – 17 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ. สงขลา จากผลการศึกษาสามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และอายุที่พบมากในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง คือ อายุ 13 ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีพัฒนาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วในทุกด้านเพื่อเปลี่ยนจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ (ยูดี, 2553) การนับถือศาสนาส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มนับถือศาสนาพุทธ ในด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาปีที่ 4 – 6 ร้อยละ 44 ส่วนในกลุ่มทดลองมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1 – 3 ร้อยละ 48 มีความสอดคล้องกับแผนการดำเนินงานตามนโยบายเรียนฟรี 15 ปี พระราชบัญญัติการศึกษาแห่งชาติแก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2553 (สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ, 2555) พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงที่สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว นอกจากนี้เมื่อมีการทดสอบความแตกต่างของระดับการศึกษาระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งทั้งสองกลุ่ม พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งน้อยกว่า 1 ปี โดยหลังจากตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการตรวจต่างๆ สำหรับแบ่งชนิดและระดับความรุนแรงของโรค เพื่อที่จะได้ทำการรักษาที่เฉพาะเจาะจงขึ้น และในขณะนี้แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลายวันติดต่อกัน (อิสรพงศ์และสุรพันธ์, 2552) ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งอย่างใกล้ชิดขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทั้งสองกลุ่ม คือ มารดา เนื่องจากส่วนใหญ่บิดาจะเป็นผู้ประกอบอาชีพในการหารายได้สำหรับเลี้ยงดูครอบครัว ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 2 และในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 โดยในปัจจุบันนี้มีการเปลี่ยนแปลงของขนาดครอบครัว จากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ร่วมกับคนส่วนมากให้ความสำคัญกับการมีบุตรจำนวนน้อยเพียงครอบครัวละ 1 – 2 คน เนื่องจากต้องการให้บุตรได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี เป็นเด็กที่มีคุณภาพ (ชาย, 2554) ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของคนในครอบครัวทั้งสองกลุ่ม พบว่า ส่วนใหญ่คนในครอบครัวไม่มีประวัติเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จะเห็นได้ว่าการเกิดโรคมะเร็งไม่มีสาเหตุการเกิดอย่างแน่ชัด แต่ในปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันว่า เกิด

จากความผิดปกติของกลุ่มเซลล์ และไม่สามารถควบคุมการแบ่งเซลล์ผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ (อิสรพงศ์ และสุรพันธ์, 2552) ด้านสัมพันธภาพ พบว่า มีสัมพันธภาพที่ดีในครอบครัว ส่วนสัมพันธภาพกับเพื่อนและครูของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งทั้งสองกลุ่ม พบว่า สามารถเข้ากันได้ดีกับเพื่อนทั้งก่อนและขณะเจ็บป่วย เนื่องจากผู้ป่วยในวัยนี้จะเป็นช่วงที่มีการเข้ากลุ่มกับเพื่อนๆ และให้ความเชื่อใจเพื่อนมากกว่าบุคคลในครอบครัว มีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่อได้อยู่กับกลุ่มเพื่อน (ยูวดี, 2553) รวมถึงสัมพันธภาพกับครูก่อนการเจ็บป่วย ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งทั้งสองกลุ่มสามารถเข้ากันได้ดีกับครู และในขณะที่เจ็บป่วยพบว่า บางส่วนที่ไปเรียนตามปกติยังคงมีสัมพันธภาพที่ดีกับครู และบางส่วนมีการหยุดเรียน ในกลุ่มควบคุม ร้อยละ 48 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 44 เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งจะต้องทำการรักษาอย่างต่อเนื่องติดต่อกัน และภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงจากการรักษาและจากภาวะของโรค อาจทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งมีการติดเชื้อ เป็นไข้ เป็นต้น ซึ่งแพทย์อาจจะพิจารณาเลื่อนการได้รับยาเคมีบำบัด การวินิจฉัยโรคในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อร้อยละ 52 รองลงมาคือ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 28 ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลือง ร้อยละ 40 มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ ร้อยละ 40 รองลงมาคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว ร้อยละ 16 ซึ่งมีความแตกต่างกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติล่าสุดปี 2554 โดยพบว่าผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่เป็นมะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุดถึงร้อยละ 32 รองลงมา คือ มะเร็งสมอง ร้อยละ 17 มะเร็งจอประสาทตา ร้อยละ 9 และมะเร็งอื่นๆ ที่พบในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 4 เช่น มะเร็งต่อมหมวกไต มะเร็งไต มะเร็งกระดูกและมะเร็งกล้ามเนื้อลาย มะเร็งตับ มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2555)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาตามสมมติฐาน

สมมติฐานข้อที่ 1 กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในวันที่ 1 ไม่แตกต่างจากวันที่ 4 ของการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ในกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลายาวกัน 4 วัน มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างจากวันแรก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.27, p = .791$) ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วย ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการวิจัย มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน จากการสังเกตสามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมักจะอยู่กับบิดา มารดาตลอดเวลา คุณารุ่นหรือภาพยนตร์จากเครื่องเล่นแผ่นซีดีของตนเอง หรือบางรายก็ยืมอุปกรณ์จากหอผู้ป่วย เนื่องจากทางหอผู้ป่วยมีแผ่นซีดีการ์ตูน ภาพยนตร์ และเครื่องเล่นแผ่นซีดีไว้ให้ผู้ป่วยยืม ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งจึงไม่

ออกไปเล่น หรือพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือไม่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งคนอื่นๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ไม่ได้ระบายความรู้สึกของตนเองกับเพื่อนในวัยเดียวกัน บางรายหากไปเล่นในห้องนั่งเล่น ก็จะเล่นกับบิดา หรือมารดา เนื่องจากการได้อยู่ใกล้ซิดบิดา หรือมารดา ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความปลอดภัย (วิวรรณจนา และคณะ, 2553) มักไม่มีการจับกลุ่มเล่นกับเพื่อนๆ แม้ทางหอผู้ป่วยได้จัดให้มีกิจกรรมร้องเพลง หรือวาดภาพระบายสี โดยให้ผู้ป่วยทุกคนมาร่วมกิจกรรม แต่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งบางรายก็ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว บางรายหากพยาบาลได้เชิญชวนกับผู้ป่วยโดยตรงก็เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว และจากระเบียบการเฝ้าของญาติของหอผู้ป่วย พบว่า สามารถมีญาติเฝ้าได้เพียงเพียงละ 1 คน และในช่วงเวลากลางคืนผู้เฝ้าจะต้องเป็นผู้หญิง ทำให้มีข้อจำกัดดังกล่าว หากมีเพื่อนๆ หรือญาติพี่น้องมาเยี่ยม ก็ไม่สามารถนอนเฝ้าผู้ป่วยในเวลากลางคืนได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกเหงา ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นรายชื่อในกลุ่มควบคุมนอกจากที่จะไม่มีความแตกต่างกันแล้ว ยังพบว่าในบางข้ออาจส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจลดลง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างวันที่ 1 และวันที่ 4 เช่น ในวันที่ 1 ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความเข้าใจถึงเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อนกำหนดการวันกลับบ้านในระดับสูง ($M = 3.68$) และเมื่อระยะเวลาห่างกัน 4 วัน พบว่าผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความเข้าใจเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อนกำหนดการวันกลับบ้านในระดับปานกลาง ($M = 3.64$) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลขึ้นได้ โดยในวันที่ 1 ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา ในระดับปานกลาง ($M = 2.36$) และภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน พบว่าผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษาในระดับต่ำ ($M = 2.20$) และหากมีการรักษาที่ต่อเนื่องยาวนาน ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งก็จะต้องเผชิญกับการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาต่างๆ มากขึ้น พบว่า ในวันที่ 1 ผู้ป่วยสามารถอดทนต่อความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาอยู่ในระดับสูง ($M = 3.68$) และเมื่อได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน พบว่า ผู้ป่วยสามารถอดทนต่อความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.52$) (ตาราง 11 ภาคผนวก ข) นอกจากนี้การดำเนินชีวิต และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ของผู้ป่วยมีความเหมือนเดิมในทุกๆ วัน ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจในวันที่ 1 และในวันที่ 4 ไม่มีความแตกต่างกัน คือ คุณภาพชีวิตด้านจิตใจในวันที่ 1 มีระดับปานกลาง ($M = 94.92$) และภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในระยะเวลาห่างกัน 4 วัน พบว่า มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจระดับปานกลางเช่นกัน ($M = 94.60$) เทียบเคียงได้กับการศึกษาของบุศกร (2549) พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติของหอผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของนิยามศัพท์ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สมมติฐานข้อที่ 2 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผลการวิจัย พบว่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.01, p = .000$) ผลการวิจัยครั้งนี้ สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 กล่าวคือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง สามารถอธิบายได้ดังนี้

ผู้วิจัยจัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งในกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นระยะเวลา 4 วัน หรือตามระยะเวลาที่สมาชิกกลุ่มตกลง นอกเหนือจากการได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยที่ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งทุกคนได้รับ โดยในครั้งที่ 1 โดยใช้เวลาที่สมาชิกกลุ่มทุกคนมีความพร้อม แนะนำตนเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม ประเมินความพร้อมด้านร่างกาย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ภาคผนวก จ) โดยในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครั้งนี้ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาจากตำรา และวารสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยจัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นภายในกลุ่ม ความถี่และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จัดจำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน ระยะเวลาในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แต่ละครั้ง ประมาณ 30 – 45 นาที ทั้งนี้ความถี่และระยะเวลาอาจจะมีการเปลี่ยนแปลงตามความสมัครใจของสมาชิกกลุ่ม แต่ในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า สมาชิกกลุ่มในกลุ่มไม่เปลี่ยนแปลงการเรียงลำดับหัวข้อในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ความถี่รวมถึงระยะเวลา การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในแต่ละครั้งผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งได้มีการเล่าถึงประสบการณ์ ความรู้สึก ปัญหาที่ตนต้องเผชิญ และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น การเรียงหัวข้อของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองขึ้นอยู่กับความต้องการของสมาชิกกลุ่ม ซึ่งประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ (1) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความกลัวและความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” (2) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” (3) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความทุกข์ทรมานและการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ที่เกิดในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” และ (4) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเรื่อง “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง”

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเกิดจากการรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง มีการยืดหยุ่นความถี่ และระยะเวลาในการทำกลุ่ม มีการช่วยเหลือสนับสนุนแลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากโรค และปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มี

กำลังใจที่จะยอมรับความจริง พร้อมเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยรู้สึกว่าคุณเอง ไม่ได้มีปัญหาหรือต่อสู้กับปัญหาเพียงลำพัง สามารถปรับตัวต่อปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ครุณี, 2534) และจากการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นรายชื่อภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนๆ วยเดียวกันทำให้มีความสุขในระดับสูง ($M = 4.16$) สามารถลดความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ชอบพูดคุยกับใครในระดับสูง ($M = 4.28$) และลดความรู้สึกที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งไม่ชอบอยู่คนเดียวในระดับสูง ($M = 4.20$) รวมถึงมีความสนใจในสิ่งแวดล้อมรอบข้างเพิ่มขึ้นในระดับสูง ($M = 4.04$) ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความเหงาลดลงอยู่ในระดับสูง ($M = 4.08$) (ตาราง 12 ภาคผนวก ข)

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นจากประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้ระบายความรู้สึกนึกคิด มีความรู้สึกผ่อนคลายจากสัมพันธ์ที่ระหว่าเพื่อนภายในกลุ่ม ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สิ่งต่างๆ เหล่านี้นับเป็นสิ่งที่ดีของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยผลของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นรายชื่อภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมักจะหาสาเหตุของความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับสูง ($M = 3.72$) ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความวิตกกังวลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยเกินไป ซึ่งทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้มีระดับที่ลดลงในระดับสูง ($M = 3.72$) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งยังสามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในระดับสูง ($M = 3.76$) รวมถึงวิธีการลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาในระดับสูงเช่นกัน ($M = 3.68$) ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีความรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดที่เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาลดลงในระดับสูง ($M = 3.72$) สิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกมีคุณค่าในตนเองจากการที่ได้ร่วมกันแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายชื่อคือผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในระดับสูง ($M = 4.04$) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งยอมรับรูปร่างและหน้าตาของตนเองได้ในระดับสูง ($M = 4.12$) มีสติในการดำเนินชีวิตในระดับสูง ($M = 3.76$) มีความเข้าใจเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อนกำหนดการวันกลับบ้านในระดับสูง ($M = 4.24$) (ตาราง 12 ภาคผนวก ข) กิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จัดขึ้นภายใต้สถานที่ที่มีบรรยากาศเหมาะสมกับการเรียนรู้ คือ ห้องมีแสงสว่างเพียงพอ ไม่แออัด ไม่มีเสียงดังรบกวน ซึ่งผู้วิจัยได้คอยกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้แสดงความรู้สึก หรือปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง และเพิ่มเติมข้อมูลที่ถูกต้อง หรือตอบคำถามในสิ่งที่สมาชิกกลุ่มสงสัย

จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะเห็นได้ว่าการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่เพิ่มมากขึ้น ($t = -12.01, p = .000$) และมีความสอดคล้องกับการพิจารณาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจเป็นรายชื่อภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันในระดับสูง ($M = 4.44$) มีความสุขกับชีวิตปัจจุบันในระดับสูง ($M = 4.68$) รับรู้ถึงความหวังใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างในระดับสูง ($M = 4.48$) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเองในระดับสูง ($M = 4.16$) ผลการวิจัยของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายชื่อ พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีระดับคุณภาพชีวิตรายชื่อเพิ่มขึ้น จำนวน 16 ข้อ คิดเป็น ร้อยละ 53.33 และมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายชื่อเพิ่มขึ้น จำนวน 25 ข้อ คิดเป็น ร้อยละ 83.33 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน ระดับสูง ($M = 4.68$) ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งรับรู้ถึงความหวังใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างระดับสูง ($M = 4.48$) ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบันระดับสูง ($M = 4.44$) นอกจากนี้รายชื่อที่มีระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลางแต่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยสุด 3 อันดับแรก คือ ผู้ป่วยมักจะหาเหตุผลอธิบายให้ทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจเพื่อให้หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ทำให้ปวด ($M = 3.04$) กลัวเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่ ($M = 3.20$) และกลัวว่าโรคที่เป็นอยู่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งในอนาคต ($M = 3.24$) (ตาราง 12 ภาคผนวก ข) เทียบเคียงได้กับการศึกษาของเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อด้านจิตใจในวัยผู้ใหญ่ เช่น นภัสวรรณ (2545) ทำการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า ค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดของการเป็นมารดาในกลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และบุศกร (2549) ได้ศึกษาการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง ภายหลังจากทดลองเสร็จสิ้นทันทีมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังการทดลองเสร็จสิ้น 4 สัปดาห์ต่ำกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

สมมติฐานข้อที่ 3 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกัน

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน จำนวน 25 ราย แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง จำนวน 25 ราย เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง (contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง จากการที่ทั้ง 2 กลุ่มมีการพบปะพูดคุย

แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้และความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจทำให้ผลการวิจัยเกิดความคลาดเคลื่อนได้

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.86, p = .395$) ผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 3 กล่าวคือ ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจไม่แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยเหมือนกัน ซึ่งเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นมีความต้องการและได้รับความช่วยเหลือจากครอบครัวในด้านความปลอดภัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ยังมีความต้องการลดความทุกข์ทรมานทางกายและจิตใจจากการรักษา มีความต้องการทราบข้อมูล เช่น ระยะเวลาในการรักษา ผลการรักษา สิ่งที่ต้องเผชิญ วิธีการปฏิบัติขณะเจ็บป่วยช่วยในการส่งเสริมการรักษาจากแพทย์ผู้รักษา หรือพยาบาลประจำหอผู้ป่วย (วิวรรณฉวี และคณะ, 2553) จากระเบียบการเยี่ยมของหอผู้ป่วยพบว่า มีผู้เฝ้าไข้เพียงเตียงละ 1 คน และในช่วงเวลากลางคืนผู้เฝ้าต้องเป็นผู้หญิง ซึ่งในผู้ป่วยวัยรุ่น โรคมะเร็งเพศชาย อาจมีความต้องการการได้รับความช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันจากบิดา ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการตอบสนองความต้องการดังกล่าวได้ นอกจากนี้การอยู่พร้อมหน้าบิดา มารดา ในบางช่วงเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งรู้สึกปลอดภัย และอบอุ่นใจ จากการสังเกต พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งส่วนใหญ่มักทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับบิดา หรือมารดา เช่น การรับประทานอาหาร การดูทีวี การอ่านหนังสือ ซึ่งกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นได้กระทำที่เตียงของตนเอง ไม่มีการออกไปเล่น พุดคุยเกี่ยวกับเรื่องราวต่างๆ กับเพื่อนในวัยเดียวกัน หรือบางรายหากไปเล่นในห้องนั่งเล่น ก็เลือกกิจกรรมที่เล่นร่วมกับบิดา หรือมารดา แม้ว่าหอผู้ป่วยได้จัดให้มีกิจกรรมร้องเพลง วาดภาพระบายสี แต่ผู้ป่วยบางรายก็ไม่เข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว โดยผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งมีประสบการณ์และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ คล้ายคลึงกัน ส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งสองกลุ่มและไม่แตกต่างกัน เทียบเคียงได้กับการศึกษาของ บุศกร (2549) พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยระดับความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งความเครียดเป็นส่วนหนึ่งของนิยามศัพท์ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

สมมติฐานข้อที่ 4 คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.87, p = .000$) ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 4 คือ หลังการทดลอง ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มทดลอง ซึ่งได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจสูงกว่าผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วย อธิบายได้ว่า

วิธีการหนึ่งที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตด้านจิตใจของเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งดีขึ้น คือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) (Glicker, 2009) เนื่องจากผู้ป่วยเด็กในวัยนี้มีความสามารถที่จะใช้คำพูดที่เป็นนามธรรมสูง มีความคิดสร้างสรรค์มีพัฒนาการในการเปลี่ยนแปลงทางระบบความคิดที่มีเพิ่มมากขึ้น สามารถพิจารณาตัดสินใจด้วยตนเอง รู้จักวิเคราะห์และเข้าใจมุมมองที่แตกต่าง (นิศยา, 2551) ซึ่งการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจะเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นมีความเข้าใจในตนเองร่วมกันกับสมาชิกกลุ่ม เพื่อวางจุดมุ่งหมายให้สมาชิกในกลุ่มได้มีการช่วยเหลือกัน มีการพัฒนาด้านจิตใจ กระบวนการต่างๆ ส่งผลให้สมาชิกเกิดความเห็นอกเห็นใจเข้าใจสมาชิกในกลุ่มเดียวกัน (พนม, 2550) ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งเข้าใจในตนเอง ยอมรับรูปร่างและหน้าตาของตนเองได้ในระดับสูง ($M = 4.12$) มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ เช่น สามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้ในระดับสูง ($M = 3.76$) มีวิธีลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาในระดับสูง ($M = 3.68$) สามารถจัดการความกลัวที่เกิดขึ้นได้ในระดับปานกลาง ($M = 3.48$) จัดการกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้ในระดับปานกลาง ($M = 3.60$) มีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเองในระดับสูง ($M = 4.16$) (ตาราง 12 ภาคผนวก ข) ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้เป็นการแลกเปลี่ยนวิธีในการเผชิญปัญหาอันเนื่องมาจากโรค และปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีกำลังใจที่จะยอมรับความจริง พร้อมเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (ครุณี, 2534) โดยการทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ศึกษาจากตำราและวารสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น ซึ่งเนื้อหาที่ใช้ในการสนทนากลุ่มช่วยเหลือตนเองเหมาะสมกับปัญหาด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งดังจะเห็นได้จาก ภายหลังจากเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง พบว่า การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนๆ ในวัยเดียวกัน ทำให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นมีความสุขในระดับสูง ($M = 4.16$) ซึ่งมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ป่วยมักจะเลือกทำกิจกรรมต่างๆ คนเดียว หรือทำร่วมกับบิดามารดา แม้ว่าหอผู้ป่วยได้มีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน แต่ผู้ป่วยวัยรุ่นโรคมะเร็งบางรายก็ไม่เข้าร่วมกิจกรรมเหล่านั้น ส่งผลให้

ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมมีความรู้สึกเหงาในระดับปานกลาง ($M = 3.12$) นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กยังต้องพบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ภายในโรงพยาบาล ต้องอยู่ภายใต้กฎระเบียบและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลที่เป็นข้อจำกัด ส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ตามปกติมีการพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น (ทศนีย์, 2551) หรือบางรายต้องพรากจากบุคคลที่รักในครอบครัวหรือเพื่อนที่โรงเรียน ส่งผลให้มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ไม่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่คล้ายคลึงกันกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ไม่มีการระบายความรู้สึกของตนเอง ไม่เกิดความรู้สึกผ่อนคลายจากสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเพื่อนภายในกลุ่ม ทำให้ไม่มีแนวทางใหม่ๆ ในการจัดการกับความรู้สึกกลัว ซึมเศร้า ทุกข์ทรมาน หรือความปวดที่เกิดขึ้น จะเห็นได้จากคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยในวันที่ 4 มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 94.64$, $SD = 10.09$) และในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองภายหลังการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจอยู่ในระดับสูง ($M = 116.20$, $SD = 4.23$)

การศึกษาครั้งนี้สามารถเทียบเคียงกับผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อด้านจิตใจในวัยผู้ใหญ่ เช่น ความวิตกกังวล ความเครียด ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นส่วนหนึ่งของนิยามศัพท์ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดย ประดิษฐา (2538) พบว่า มารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นกัสวรรณ (2545) พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดของการเป็นมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้ซีเมีย เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาในกลุ่มควบคุมที่ได้รับบริการสุขภาพตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) หรือการศึกษาโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือสนับสนุนต่อภาวะสุขภาพจิตในเด็กกำพร้าที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ของคุมาเชช และคณะ (Kumakech et al., 2009) โดยทำการศึกษาในเด็กอายุ 10 – 15 ปี และทำการติดตามประเมินด้านจิตใจของเด็ก ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้มีลักษณะเป็นรูปแบบของกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือสนับสนุนจากผู้ที่มีประสบการณ์ในลักษณะคล้ายคลึงกัน และมีการจัดกิจกรรม คือ ให้สมาชิกกลุ่มนำเสนอหัวข้อที่เป็นปัญหาของตนเองในลักษณะของรูปภาพ บทบาทสมมติ บทกวี หรือลักษณะเกมส์ จากนั้นแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ที่มีปัญหาใกล้เคียงกัน และทำการประเมินผลทุกๆ 10 สัปดาห์ ผลการศึกษาในครั้งนี้ พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือสนับสนุนมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบว่ามีความซึมเศร้า และอารมณ์โกรธลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ผลการศึกษาต่างๆ ทำให้เห็นได้ว่า การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

จะทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยกันแก้ปัญหา เกิดการยอมรับ เข้าใจ สมาชิกสามารถพูดถึงปัญหานั้นๆ อย่างเปิดเผยกับสมาชิกคนอื่นๆ ที่มีปัญหาคล้ายๆ กันในบรรยากาศที่ไม่เป็นอคติ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางที่ดี

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าการจัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ได้มีการรวมกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอปัญหา และร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา ร่วมกันตามกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ได้รับทราบข้อมูลและประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จที่เกิดขึ้นจริง มีแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น สามารถยอมรับและเผชิญกับปัญหาต่างๆ เหล่านั้นได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pre – post test control group design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น อายุ 11 – 17 ปี ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 25 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติซึ่งไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 25 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการเก็บข้อมูลครั้งแรกในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง (contamination) ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูล แบ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ผลการทดลองใช้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ภายหลังนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษา จำนวน 20 ราย เท่ากับ .86 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติห่างกัน 5 วัน ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.27, p = 0.791$)
2. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -12.01, p = 0.000$)

3. กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.86, p = 0.395$)

4. คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -9.87, p = 0.000$)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กควรให้ความสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ซึ่งการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เกิดจากการรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง มีการช่วยเหลือสนับสนุน โดยผ่านการให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนกลวิธีในการเผชิญปัญหาอันเนื่องจากโรค และปัญหาทางอารมณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้มีกำลังใจที่จะยอมรับความจริง พร้อมเผชิญและจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้มีปัญหาหรือต่อสู้กับปัญหาเพียงลำพัง สามารถปรับตัวต่อปัญหาทางกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วย ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ดังนี้

1. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยควรมีการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และวิธีในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น

2. ในขณะที่มีการดำเนินการกลุ่ม มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และความรู้สึกซึ่งกันและกัน และอาจจะพบว่ามีสมาชิกบางรายไม่ค่อยพูด หรือแสดงความคิดเห็น อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งยังไม่เกิดความสนิทสนม หรือเกิดความไว้วางใจในสมาชิกกลุ่มด้วยกันเอง จึงไม่กล้าแสดงความคิดเห็น หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง ดังนั้นผู้นำกลุ่มต้องพยายามกระตุ้นให้สมาชิกทุกคนได้มีโอกาสพูด และแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระบายความรู้สึก และปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนให้กลุ่มรับรู้มากขึ้น ซึ่งจะทำให้สมาชิกกลุ่มมีความคุ้นเคยกันมากขึ้น

3. ควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้เป็นผู้นำกลุ่มผลัดเปลี่ยนกันตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น ช่วยให้สมาชิกกลุ่มมีความไว้วางใจเพิ่มมากขึ้น พยาบาลควรเป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำ หรือแก้ไขในสิ่งที่ยังไม่ถูกต้องเท่านั้น

ด้านการศึกษา

1. ควรจัดให้มีการเรียนการสอนแก่นักศึกษาพยาบาล ได้ฝึกการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เพื่อที่จะสามารถนำวิธีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งได้ โดยสามารถวิเคราะห์ห้ถึงปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

2. ควรจัดให้มีการอบรมแก่บุคลากรในทีมสุขภาพ ให้มีทักษะในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพื่อที่จะสามารถนำวิธีการดังกล่าวไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง หรือผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ได้

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาติดตามผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กในระยะยาว

2. ควรจัดกิจกรรม หรือส่งเสริมการสร้างนวัตกรรมในการลดความกลัวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง เช่น กลัวการเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่ และกลัวว่าโรคที่เป็นอยู่จะกลับมาเป็นซ้ำในอนาคต เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กนกจันทร์ เข้มเนียร. (2554). ความคิดความรู้สึกของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การจัดการทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 75 – 87.
- กนิษฐา จอดนอก. (2554). นวัตกรรมทางการพยาบาลในการส่งเสริมการปรับตัวของเด็กป่วยวัยเรียนที่เริ่มรับรู้การเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(2), 1 – 10.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2554). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย*. ค้นจาก www.dmh.go.th/test/whoqol/
- กวี สุวรรณกิจ. (2541). *โรควิตกกังวลในเด็กและวัยรุ่น*. กรุงเทพมหานคร: เมดิคัล มีเดีย.
- กันยา นันตะแก้ว. (2553). ผลของโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ต่อการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งปอดที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กัมปนาท ดันสถิตบุตรกุล. (2555). *โรคซึมเศร้า*. ค้นจาก https://www.facebook.com/note.php?note_id=246590635448704
- กฤษสไบ สรรพกิจ. (2549). Update in Bone Marrow Transplantation in Thailand. ใน อุไรวรรณ โชติเกียรติ, ชัชฌ์ พันธุ์เจริญ, และอุษา ทิสยากร(บรรณาธิการ), *Hot issues in pediatrics* (หน้า 260 - 266). กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- เกศณี บุญวัฒนางกุล. (2550). การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย: ความท้าทายของบุคลากรทีมสุขภาพ. *การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2550*. ขอนแก่น: แผนกการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เกศรา เสนางาม, และฉวีระวรรณ สิงห์เศรษฐ์. (2553). ผลการส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตเด็กวัยเรียนโรคมะเร็ง. ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- จิรัญญา พานิชย์. (2547). *ประสบการณ์การเจ็บป่วยของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ชาย โพธิ์ธิดา. (2554). *การเปลี่ยนแปลงครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร?* ค้นจาก <http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-02.pdf>

- ชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย. (2556). *Protocol TPOG – ALL-01-08*. ค้นจาก
<http://thaipog.net/index.php>
- ชิดชนก เหลือสินทรัพย์. (ม.ป.ป.). *พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ปี 2542*. ค้นจาก
<http://rirs3.royin.go.th/word1/word-1-a0.asp>
- ชูศรี วงศ์รัตน. (2541). *เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย* (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร:
 เทพเนรมิต.
- ครุณี ชุณหะวัต. (2534). การส่งเสริมการดูแลตนเองโดยใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. ใน สมจิต
 หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์*
 (หน้า 275 - 301). กรุงเทพมหานคร: วิถีสัน.
- ทัศนีย์ มีเทียน. (2551). *กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจสำหรับเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว :
 การศึกษาแบบกรณีศึกษา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ธิดารัตน์ กำลังดี. (2543). กลุ่มช่วยเหลือตนเอง. *พยาบาลสงขลานครินทร์*, 20(1), 56 – 62.
- นภัสวรรณ แก้วหลวง. (2545). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและ
 ความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคลำไส้ซีเมีย*. วิทยานิพนธ์
 พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นียา สออารีย์. (2545). *การพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งที่มีความเจ็บปวด*. คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- นิตยา คชภักดี. (2551). พัฒนาการเด็ก. ใน นิชรา เรื่องคารกานนท์, ชาศริยา ชีเรนทร, รวีวรรณ
 รุ่งไพรวัดล์, ทิพวรรณ หารรรษคุณาชัย, และนิตยา คชภักดี (บรรณาธิการ), *ตำราพัฒนาการ
 และพฤติกรรม* (หน้า 375). กรุงเทพมหานคร: โฮลิสติก แพ็บลิชซิ่ง.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางโลหิตวิทยาและโรคมะเร็ง. ใน
 ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์,
 พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคเรือง (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2*
 (หน้า 789). กรุงเทพมหานคร: ฟรี – วัน.
- บุศกร กลิ่นอวล. (2549). *ผลการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อระดับความเครียดและการปฏิบัติ
 การดูแลของญาติผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา
 บัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2551). คุณภาพชีวิตและ
 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้. *สงขลานครินทร์เวชสาร*,
 26(5), 501 – 511.

- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2556). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง: ผู้ดูแลเด็กมีการรับรู้ต่างกันหรือไม่. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 31(3), 123 – 135.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, พิสมัย วัฒนสิทธิ์, และอุทัยวรรณ พุทธรัตน์. (2557). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในประเทศไทย. *วารสารโรคมะเร็ง*, 34(1), 3 – 17.
- บุษกร บินทสันต์. (2553). *คนตรีบำบัด*. กรุงเทพมหานคร: วิ.พรินท์.
- ประดิษฐา ลินสว่าง. (2538). *ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลตนเองของมารดา*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัย คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ปัญญา กุลพงษ์. (2540). *โรคมะเร็งในเด็ก*. เชียงใหม่: ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พนม เกตุมาน. (2550). Self-help group. ใน *วินัดดา ปิยะศิลป์, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2* (หน้า 289 - 296). กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา. (2552). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญของเซลล์. ใน *พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา (บรรณาธิการ), การพยาบาลเด็ก เล่ม 3* (พิมพ์ครั้งที่ 6, หน้า 27 - 65). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา. (2554). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กกระบบเลือด. ใน *พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา (บรรณาธิการ), การพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 236 - 243). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญของเซลล์. ใน *พรทิพย์ ศิริบูรณ์พัฒนา (บรรณาธิการ), การพยาบาลเด็ก เล่ม 3* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1, หน้า 85 - 87). กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- พัชรินทร์ วิเศษพานิชย์. (2541). *คุณภาพชีวิตของเด็กวัยเรียนที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย. (2553). โรคมะเร็งเต้านม. ใน *อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย, และพีรพนธ์ ลีอนุชวัชชัย (บรรณาธิการ), การบำบัดรักษาทางจิตสังคมสำหรับโรคมะเร็งเต้านม* (หน้า 1 – 18). กรุงเทพมหานคร: ธนาพรส.
- มะเร็งวิทยาสมาคมแห่งประเทศไทย. (ม.ป.ป.). *ทำความเข้าใจกับยาเคมีบำบัด*. ค้นจาก http://www.tscsco.or.th/data/km2/book_km.pdf
- มาโนช หล่อตระกูล. (2556). *โรคมะเร็งเต้านม*. ค้นจาก <http://www.ramamental.com/medicalstudent/generalpsyc/depresdetail/>

- ยุวดี พงษ์สาระนั้นันทกุล. (2553). การเจริญเติบโตและพัฒนาการ. ใน บุญเพ็ญ จันทวัฒนา, ฟองคำ ดิลกสกุลชัย, บัญจรงค์ สุขเจริญ, วิไล เลิศธรรมเทวี, และศรีสมบูรณ์ มุสิกสุคนธ์ (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2, หน้า 1 – 37). กรุงเทพมหานคร: พี – วัน.
- เขาวเรศ สมทรัพย์, พเยาว์ เกษตรสมบูรณ์, สุรีย์พร กฤษเจริญ, และ กัญจณี พลอินทร์. (2546). *คู่มือฝึกโยคะสำหรับวัยรุ่นหญิง*. สงขลา: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- รวีวรรณ คำเงิน. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- รุจา ภูไพบูลย์, สมทรง จุไรทัศน์ย์, อรุณศรี เตชัสหงส์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, วันเพ็ญ พันธางกูร, และ ไอดา เอ็ม มาร์ตินสัน. (2543). *รายงานการวิจัย: ผลกระทบของการมีบุตรป่วยโรคมะเร็งต่อครอบครัว*. ภาควิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- วรภัทร ทองใบ, จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย, และสุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2550). นวัตกรรมพยาบาลในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 30(2), 1 – 11.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2551). การช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กโรครีเอริง. ในจารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ลีประยูร, โสภภาพรรณ เงินฉ่ำ, กลีบสไบ สรรพกิจ, และธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 267 - 273). กรุงเทพมหานคร: เฮาแคนดู.
- วิลาวลัย พิเชียรเสถียร. (2554). หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. ใน วิลาวลัย พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก* (หน้า 109 - 129). เชียงใหม่: ครองช่าง พรินต์ติ้ง.
- วิวรรณนา งามศิริอุดม, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ศิริโสภา จรรยาสิงห์, และจุริยา มุคาอุเสน. (2553). ความต้องการในการดูแลและความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างเข้ารับการรักษาโดยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. *โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี 2553 ฝ่ายการโรงพยาบาลศิริราช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.
- ศวิตา รักษ์จำรูญ. (2554). *คู่มือสำหรับพยาบาล เรื่องการให้คำแนะนำผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. สงขลา: โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- ศรีพิมล ดิษยบุตร. (2553). *สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช*. ศรีสะเกษ: คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยเฉลิมกาญจนาศรีสะเกษ.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2555). *Hospital – Based Cancer Registry*. กรุงเทพมหานคร: ยูเนียน อุลตรา ไวโอเร็ด.

- สถิตินโรพยาบาลสงขลา นครินทร์. (2556). รายงานผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของโรงพยาบาลสงขลา นครินทร์. สงขลา: ฝ่ายสถิติ โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์.
- สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ. (2555). แนวทางการดำเนินงานเรียนฟรี เรียนดี 15 ปีอย่างมีคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2). ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวิญญา ธนสีลังกูล. (2555). ผู้ป่วยมะเร็งคลายกังวลด้วยโยคะ. ค้นจาก <http://www.doctor.or.th/article/detail/15179>
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). ความผิดปกติทางอารมณ์. ขอนแก่น: ศิริภักษ์ ออฟเซท.
- อรรพรรณ แพนคง. (2547). ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อัญชญา แววรรณจิตร. (2554). คู่มือปฏิบัติงาน การพยาบาลเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด. สงขลา: ศูนย์ให้ยาเคมีบำบัด ฝ่ายบริการพยาบาล โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์.
- อิศรางค์ นุชประยูร, และสุรพันธ์ วิโรจน์กุล. (2552). คู่มือสำหรับพ่อแม่ของเด็กผู้ป่วยโรคมะเร็ง. ค้นจาก http://www.wishingwellthai.org/attachments/002_parents-children-cancer-patients.pdf
- Alcoser, P. W., & Roders, C. (2003). Treatment strategies in childhood cancer. *Journal of Pediatric Nursing, 18*(2), 103 – 111.
- Baggott, C. R., Dodd, M., Kennedy, C., Marina, N., Matthay, K. K., Cooper, B., & Miaskowski, C. (2011). An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. *Support Care Cancer, 19*, 353 – 361.
- Bandell-Hoekstra, I., Abu-Saad, H. H., Passchier, J., & Knipschild, P. (2000). Recurrent headache, coping, and quality of life in children: A review. *Headache, 40*, 357 – 370.
- Barakat, L. P., Marmer, P. L., & Schwartz, L. A. (2010). Quality of life of adolescents with cancer: Family risks and resources. *Health and Quality of Life Outcome, 8*, 1 – 8.
- Becze, E. (2012). Children's coping strategies for chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Society, 27*(4), 16 – 17.

- Chou, L. H., & Hunter, A. (2009). Factor affecting quality of life in Taiwanese survivors of childhood cancer. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2131 – 2141.
doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05078.x
- Chung, O. K. J., Li, H. C. W., Chiu, S. Y., & Lopez V. (2012). Predisposing factors to the quality of life of childhood cancer survivors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(4), 211 – 220. doi:10.1177/1043454212451367
- Clercq, B. D., Fruyt, F. D., Koot, H. M., & Benoit, Y. (2004). Quality of life in children surviving cancer: a personality and multi - informant perspective. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(8), 579 – 590. doi:10.1093/jpepsy/jsho60
- Conter, V., Rizzari, C., Sala, A., Chiesa, R., & Citterio, M. (2004). *Acute Lymphoblastic Leukemia*. Retrieved from <http://www.orpha.net/data/patho/GB/uk-ALL.pdf>
- Eiser, C. (1997). Children's quality of life measures. *Archives of Disease in Childhood*, 77, 350 – 354.
- Ferrell, B. R., Dow, K. W., Leigh, S., Ly, J., & Gulasekaram, P. (1995). Quality of life in long term cancer survivors. *Oncology Nursing Forum*, 22(6), 915 – 922.
- Glicklen, M. D. (2009). *Evidence – based practice with emotionally troubled children and adolescents*. California: Elsevier.
- Hinds, P. S., Burghen, E. A., Haase, J. E., & Phillips, C. R. (2006). Advances in defining, conceptualizing, and measuring quality of life in pediatric patients with cancer. *Oncology Nursing Forum*, 33(1), 23 – 29.
- Kumakech, E., Cantor – Graae, E., Maling, S., & Bajunirwe, F. (2009). Peer – group support intervention improves the psychosocial well – being of AIDS orphans: Cluster randomized trial. *Social Science & Medicine*, 68, 103 – 104. doi:19.1016/j.socscimed.2008.10.033
- Langeveld, N. E., Grootenhuis, M. A., Voute, P. A., & Haan, R. J. D. (2004). Quality of life, self – esteem and worries in young adult survivors of childhood cancer. *Psycho – Oncology*, 13, 867 - 881. doi:10.1002/pon.800
- Li, H. C. W., Chung, O. K. J., & Chiu, S. Y. (2010). The impact of cancer on children's physical, emotional, and psychosocial well-being. *Cancer Nursing*TM, 33(1), 47 – 54.
- Marino, B. S., & Fine, K. S. (2007). *Blueprints pediatric* (4th ed.). Iowa: Quebecor World Dubuque.

- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice* (2nd ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Maurice – Stam, H., Oort, F. J., Last, B. F., Brons, P. P. T., Caron, H. N., & Grootenhuis, M. A. (2009). School – age children after the end of successful treatment of non – central nervous system cancer: Longitudinal assessment of health – related quality of life, anxiety, and coping. *European Journal of Cancer Care*, 18, 401 – 410.
doi:10.1111/j.1365-2354.2008.01041.x
- Norbeck, J. (1991). Social support needs of family caregivers of psychiatric patients from three age group. *Nursing Research*, 40, 208 – 213.
- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (2001). *Nursing research principles and methods* (5th ed.). Philadelphia, PA: J. B. Lippincott.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Robinson, D. (1985). Self – help group. *British Journal of Hospital Medicine*, 34(2), 109 – 111.
- Russell, G., Anne, L., Linda, A., Lisha, A., & Laura, C. (2011). Feasibility study: The effect of therapeutic yoga on quality of life in children hospitalized with cancer. *Pediatric Physical Therapy*, 23(4), 375 – 379. doi:10.1097/PEP.0b013e318235628c
- Saewyc, E. M. (2011). Health promotion of the adolescent and family. In Mosby, E. (Ed.), *Wong's nursing care of infants and children* (9th ed., pp. 735 - 774). St. Louis, MO: Clearance Center.
- Sato, I., Higuchi, A., Yanagisawa, T., Mukasa, A., Ida, K., Sawamura, Y.,... Kamibeppu, K. (2012). Factors influencing self – and parent – reporting health – related quality of life in children with brain tumors. *Quality of Life Research*, 22, 185 – 201. doi:10.1007/s11136-012-0137-3
- Sen - Ngam, K., & Singhaset. (2012, October). *Effects of promoting self – care on self – care behaviors and quality of life of school age children newly diagnosed with cancer*. Paper session presented at Kunming International Nursing Conference, China.
- Soper, D. (2006). *Statistics Calculators version 3.0*. Retrieved from <http://www.danielsoper.com/statcalc3/default.aspx?id=1>
- Spradley, B. W., & Allender, J. A. (1996). *Community health nursing* (4th ed.). Philadelphia: Lippincott.

- Stam, H., Grootenhuis, M. A., Caron, H. N., & Last, B. F. (2006). Quality of life and current coping in young adults survivors of childhood cancer: positive expectations about the further course of the disease were correlated with better quality of life. *Psycho – Oncology*, *15*, 31 – 43. doi:10.1002/pon.920
- Svarsdottir, E. K. (2005). Caring for child with cancer: A longitudinal perspective. *Journal of Advanced Nursing*, *5*(2), 153 – 161.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York, NY: Harper Collins.
- Varcaralis, D., & Ehesbeth, M. (1994). *Issues in mental health nursing for the 1990s: Communication with group*. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Varni, J. W., Burwinkle, T. M., Katz, E. R., Meeske, K., & Dickinson, P. (2002). The PedsQL™ in pediatric cancer. *American Cancer Society*, *97*(7), 2090 – 2106.
- Wick, L., & Mitchell, A. (2010). The adolescent cancer experience: Loss of control and benefit finding. *European Journal of Cancer Care*, *19*, 778 – 785.
- William, H. L., Joyce., O. C., & Eva, K. H. (2011). The Effect of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalized with cancer. *Journal of Clinical Nursing*, *20*, 2135 – 2143. doi:10.1111/j.1365-702.2011.03733.x
- Zebrack, B. J., & Chesler, M. A., (2002). Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho-Oncology*, *11*, 132 – 141.
- Zeltzer, L. K., Lu, Q., Leiseneing, W., Tsao, J. C. I., Recklitis, C., Armstrong, G.,...
Ness, K. K. (2008). Psychosocial outcomes and health-related quality of life in adult childhood cancer survivors: A report from the childhood cancer survivor study. *Cancer Epidemiology, Biomarker & Prevention*, *17*(2), 435 – 446.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวปฏิบัติการรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (Protocol for Standard Risk ALL)

การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวตามแนวปฏิบัติการรักษาของชมรมโรคมะเร็งในเด็กแห่งประเทศไทย (Thai Pediatric Oncology Group: ThaiPOG) ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี (low risk ALL) ประกอบด้วย 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การชักนำให้โรคสงบ (induction of remission) ซึ่งเป็นช่วงแรกจะทำให้อัตราการหายขาดสูงขึ้น แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงชักนำโรค (induction) ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ และช่วงขยายการชักนำโรค (extended induction) ใช้ระยะเวลา 2 สัปดาห์ ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในระยะนี้คือ เม็ทโทเทกเซท (methotrexate) ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) วินคริสติน (vincristine) แอล-แอสพาราจิเนส (L-asparaginase) และเพรดนิโซโลน (prednisolone)

ระยะที่ 2 การให้ยาอย่างเต็มที่และการป้องกันไม่ให้โรคเข้าสู่ระบบประสาทส่วนกลาง (consolidation and CNS prophylaxis) ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในระยะนี้คือ ซิกซ์-เมอร์แคปโทเพอรัรีน (6-mercaptopurine) เม็ทโทเทกเซท (methotrexate)

ระยะที่ 3 การควบคุมให้โรคสงบ (interim-maintenance phase) ใช้ระยะเวลาในการรักษา 3 เดือน เป็นการให้ยาเพื่อให้โรคสงบชั่วคราวระหว่างการรักษา ยาเคมีบำบัดที่ใช้ในระยะนี้คือ วิน คริสติน (vincristine) เพรดนิโซโลน (prednisolone) เม็ทโทเทกเซท (methotrexate) และซิกซ์-เมอร์แคปโทเพอรัรีน (6-mercaptopurine)

ระยะที่ 4 การให้ยาซ้ำ (delayed-intensification) ใช้ระยะเวลา 7 สัปดาห์ เพื่อเป็นการยืดระยะเวลาในการรักษาให้มีการเข้มข้นขึ้น การให้ยาในระยะนี้จะทำให้มีอัตราการหายขาดของโรคมะเร็งเพิ่มขึ้น ยาที่ใช้ในการรักษาในระยะนี้คือ เด็กซาเมทาโซน (Dexamethasone) ด็อกโซรูบิซิน (Doxorubicin) วินคริสติน (vincristine) แอล-แอสพาราจิเนส (L-asparaginase) ไซโคลฟอสฟาไมด์ (cyclophosphamide) ซัยโตซินอะราบิโนไซด์ (cytosine arabinoside) เม็ทโทเทกเซท (methotrexate) และ ซิกซ์-เมอร์แคปโทเพอรัรีน (6 mercaptopurine)

ระยะที่ 5 การควบคุมให้โรคสงบ (maintenance) ใช้ระยะเวลา 2 ½ ปีในเด็กผู้หญิง และ 3 ปี ในเด็กผู้ชาย เป็นการควบคุมไม่ให้เซลล์เจริญ หลังจากเสร็จสิ้นการรักษา โดยให้ วินคริสติน (vincristine) ร่วมกับเพรดนิโซโลน (prednisolone) ทุก 4 สัปดาห์ และให้ยาซิกซ์-เมอร์แคปโทเพอรัรีน (6-mercaptopurine) และเม็ทโทเทกเซท (methotrexate) เป็นพื้นฐาน

ThaiPOG *The Thai Pediatric Oncology Group Protocol*

National Protocol for Acute Lymphoblastic Leukemia

Protocol name Protocol TPOG- ALL-01-08
 Protocol for Standard Risk ALL
 Open Date 2008

Patients eligibility

- Acute lymphoblastic leukemia
- Initial WBC $\leq 50,000/\text{mm}^3$
- Age between 1 – 9.99 yrs.

Exclusion criteria

- T-cell characteristics; acid phosphatase positive with mediastinal mass, huge hepatomegaly > 6 cm and/or splenomegaly below the umbilicus
- CNS disease at diagnosis
- Testicular involvement at diagnosis
- Mature B-cell ALL (morphology L3)

Patient's name _____ Age _____ Sex _____
 Hospital HN BW Ht BSA

Phase I INDUCTION (6 weeks)

Date start / /

week day	1	2	3	4	5	6
	1	8	15	22	29	36
Date given						
Alkalinization + prophylactic medication + sterile bowel						
Prednisolone _____	[Tapering schedule diagram]					
Vincristine _____ mg IV	∇	∇	∇	∇		
Doxorubicin _____ mg IV	Δ	Δ				
L-asparaginase _____ U IM (M-W-F)						
MTX _____ mg IT*	T		T			
BM aspiration → Δ remission Δ not remission						■
MRD <input type="checkbox"/> Positive <input type="checkbox"/> Negative <input type="checkbox"/> Not done						

Drug	Dosage	Day
Prednisolone	40 mg/m ² /day	1-28 then taper off in 2 wks.
Vincristine	1.5 mg/m ² IV push (max 2 mg)	1, 8, 15, 22
Doxorubicin	25 mg/m ² IV push	1, 8
L-asparaginase [#]	10,000 unit /m ² IM M-W-F	8, 10, 12, 15, 17, 19
MTX IT*	age adjusted dose intrathecal	1, 15
<i>Prophylactic drugs & Sterile Bowel</i>		
▪ Sodamint	1 tab PO BID (<5yr) or TID (>5yr)	First 2 weeks
▪ Zyloric (100 mg)	10 mg/kg/day divided BID-QID	First 2 weeks
▪ Clotrimazole troche (10 mg) or nystatin suspension	1 tab PO TID (>5yr) or nystatin 2 ml PO QID (<5yr)	1-28

* age adjusted dose intrathecal chemotherapy for Methotrexate

1-1.9 yrs	2-2.9 yrs	>3 yrs
8	10	12

ThaiPOG *The Thai Pediatric Oncology Group Protocol*

Patient's name _____ Age _____ Sex _____
 Hospital _____ HN _____ BW _____ Ht _____ BSA _____

Extended Induction (2 weeks)

For BMA day 36: M2 or M3

Date start ____ / ____ / ____

	week day	1	2	3
Date given				
Prednisolone _____				
Vincristine _____ mg IV		▼	▼	
Doxorubicin _____ mg IV		Δ		
L-asp _____ U IM (M-W-F)		I I	I I	
BM aspiration → Δ remission Δ not remission				■

Drug	Dosage	Day
Prednisolone	40 mg/m ² /day	1-14 then taper off in 1 wk.
Vincristine	1.5 mg/m ² IV push (max 2 mg)	1, 8
Doxorubicin	25 mg/m ² IV push	1
L-asparaginase [®]	10,000 unit /m ² IM M-W-F	1, 4, 8, 12

ThaiPOG *The Thai Pediatric Oncology Group Protocol*

Phase II CONSOLIDATION & CNS PROPHYLAXIS (7 weeks)

Date start ____ / ____ / ____

week	1	2	3	4	5	6	7	8
day	1	8	15	22	29	36	43	50
Date given								
6-MP(50 mg) ____ tab q hs								
Methotrexate ____ mg IV drip 24 hr	▼		▼		▼		▼	
Hydration & alkalinization [†]	■		■		■		■	
Leucovorin ____ tab IV or po q 6 hr X 6 doses	△		△		△		△	
MTX ____ mg*	T		T		T		T	

[†] See high dose MTX guideline

Drug	Dosage	Day
Methotrexate	1.5 gm /m ² IV drip in 24 hr (see Appendix)	1, 15, 29, 43
Leucovorin (start at 12 hr after stop MTX)	15 mg/m ² IV or PO q 6 hr x 6 doses	2, 16, 30, 44
MTX IT*	age adjusted dose intrathecal	1, 15, 29, 43
6-MP (50mg)	50 mg /m ² / day PO q hs	1-56

* age adjusted dose intrathecal chemotherapy for Methotrexate

1-1.9 yrs	2-2.9 yrs	>3 yrs
8	10	12

Phase III INTERIM - MAINTENANCE PHASE (3 months)

Date start week1 ____ / ____ / ____, week 5 ____ / ____ / ____, week 9 ____ / ____ / ____

week	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Vincristine ____ mg IV	▼				▼				▼			
Pred (5 mg)	P				P				P			
MTX (2.5 mg) ____ tab wkly	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
6-MP(50 mg) ____ tab q hs												

Pulse Treatment	q 4 weeks	Maintenance	Dosage
Vincristine	1.5 mg/m ² IV day 1(max 2 mg)	6-MP (50mg)	50 mg /m ² / day PO q hs
Prednisolone	40 mg/m ² day PO x 5 days	Methotrexate (MTX)	20 mg /m ² / week PO
		Cotrimoxazole ()	5 mg/kg/day PO bid 2-3 day/wk

ThaiPOG *The Thai Pediatric Oncology Group Protocol*

Patient's name _____ Age _____ Sex _____
 Hospital _____ HN _____ BW _____ Ht _____ BSA _____

Phase IV DELAYED - INTENSIFICATION (7 weeks)

Date start ____ / ____ / ____

week day	1	2	3	4	5	6	7
	1	8	15	22	29	36	43
Date given							
Dexamethasone _____	Day 1-21						
Vincristine _____ mg IV	▽	▽	▽				
Doxorubicin _____ mg IV	Δ						
L-asp _____ U IM							
CTX _____ mg IV					◆		
Mesna _____ mg IV					◇		
Ara-C _____ mg IV							
6-MP _____					Day 29-42		
MTX _____ mg IT*	T				T		

Drug	Dosage	Day
Dexamethasone	10 mg/m ² /day PO	1-21 then taper off
Vincristine	1.5 mg/m ² IV push	1, 8, 15
Doxorubicin	25 mg/m ² IV push	1
L-asparaginase	10,000 unit /m ² IM	8, 11, 15, 18
Cyclophosphamide (CTX)	1,000 mg/m ² IV drip in 1 hr	29
Mesna	500 mg/m ² IV drip in 15 min at hr 0, 3 of CTX	
Cytosine arabinoside (Ara-C)	75 mg/m ² IV push	29-32, 36-39
6-MP (50mg)	50 mg/m ² day PO x 14 days	29-42
MTX IT*	age adjusted dose intrathecal	1, 29

* age adjusted dose intrathecal chemotherapy for Methotrexate

1-1.9 yrs	2-2.9 yrs	>3 yrs
8	10	12

ThaiPOG *The Thai Pediatric Oncology Group Protocol*

Patient's name _____ Age _____ Sex _____
 Hospital _____ HN _____ BW _____ Ht _____ BSA _____

Phase V MAINTENANCE Total 2.5 yrs. after remission in girls
 Total 3 yrs. after remission in boys

Date remission ____ / ____ / ____

Date start maintenance ____ / ____ / ____

week	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
MTX _____ mg IT*	T											
Vincristine _____ mg IV	▼				▼				▼			
Pred (5 mg) _____	P				P				P			
MTX (2.5 mg) _____ tab wkly	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M	M
6-MP(50 mg) _____ tab q hs												

Record date given wk 1 _____ wk 5 _____ wk 9 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 13 _____ wk 17 _____ wk 21 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 25 _____ wk 29 _____ wk 33 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 37 _____ wk 41 _____ wk 45 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 49 _____ wk 53 _____ wk 57 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 61 _____ wk 65 _____ wk 69 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 73 _____ wk 77 _____ wk 81 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 85 _____ wk 89 _____ wk 93 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 97 _____ wk 101 _____ wk 105 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 109 _____ wk 113 _____ wk 117 _____
 Ht _____ Wt _____ wk 121 _____ wk 125 _____ wk 129 _____

END OF THERAPY Date ____ / ____ / ____

Pulse Treatment - q 4 weeks		Maintenance	Dosage
Vincristine	1.5 mg/m ² IV day 1(max 2 mg)	6-MP (50mg)	50 mg /m ² / day PO q hs
Prednisolone	40 mg/m ² day PO x 5 days	Methotrexate (MTX)	20 mg /m ² / week PO
		Cotrimoxazole ()	5 mg/kg/day PO bid 2-3 day/wk

* age adjusted dose intrathecal chemotherapy for Methotrexate

1-1.9 yrs	2-2.9 yrs	>3 yrs
8	10	12

ThaiPOG *The Thai Pediatric Oncology Group Protocol*

POST TREATMENT GUIDELINES

Guidelines for follow up patients post treatment

1. 1st year :
 - PE, CBC q 2 months.
2. 2nd year :
 - PE, CBC q 3 months.
3. 3rd year :
 - PE, CBC q 6 months
4. After 3rd year :
 - PE, CBC q 12 months

Bone marrow aspiration

1. Before discontinue chemotherapy
2. Unexplained cytopenia
3. Sign & symptom of relapse

Guideline for bactrim prophylaxis

1. Start when consolidation
2. Bactrim is given 5 mg of TMP /kg/day divided bid 2-3 times per week (M-W-F, F-Sa-Su, or Sa-Su)
3. Stop bactrim prophylaxis 1 week before and during CNS prophylaxis with high-dose methotrexate

Reimmunization

-post off treatment 1 yr.

Evaluation for long term side effects yearly

1. Growth chart
 2. Learning problems
 3. Endocrine evaluation and consultant when enter adolescent
 4. Secondary malignancy
-

ภาคผนวก ข

การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) และ ขนาดตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการหาขนาดอิทธิพล (Effect size) จากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุด คือ ผลของ โปรแกรมกลุ่มช่วยเหลือสนับสนุนต่อภาวะสุขภาพจิตที่ดีในเด็กกำพร้าที่มีบิดามารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดย คุมาเคช และคณะ (Kumakech et al., 2009) โดยเลือกผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของอาการซึมเศร้า แล้วแทนค่าในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006)

$$\text{ผลการศึกษาคือว่า } M_1 = 13.2 \quad SD_1 = 9.4$$

$$M_2 = 17.1 \quad SD_2 = 7.9$$

ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.45

The screenshot shows a web browser window with the URL <http://www.danielsoper.com/statcalc3/calc.aspx?tn>. The page title is "Free Effect Size (Cohen's d) Calculator". The main heading is "Statistics Calculators version 3.0 BETA". A starburst graphic says "Now over 20 million uses!". Below the heading, there is a navigation menu and a search bar. The main content area is titled "Effect Size (Cohen's d) Calculator for a Student t-Test". It includes a description: "This calculator will tell you the (two-tailed) effect size for a Student t-test (i.e., Cohen's d), given the mean and standard deviation for two independent samples of equal size." Below this, there are input fields for "Mean (group 1)", "Mean (group 2)", "Standard deviation (group 1)", and "Standard deviation (group 2)". The values entered are 13.2, 17.1, 9.4, and 7.9 respectively. A "Calculate!" button is present. Below the button, the result is displayed: "Effect size (Cohen's d): 0.44918179". At the bottom of the page, there are links for "Descriptive Stats Macro" and "MSc Statistics Master in Statistical Science for the Life and Behavioral Sciences".

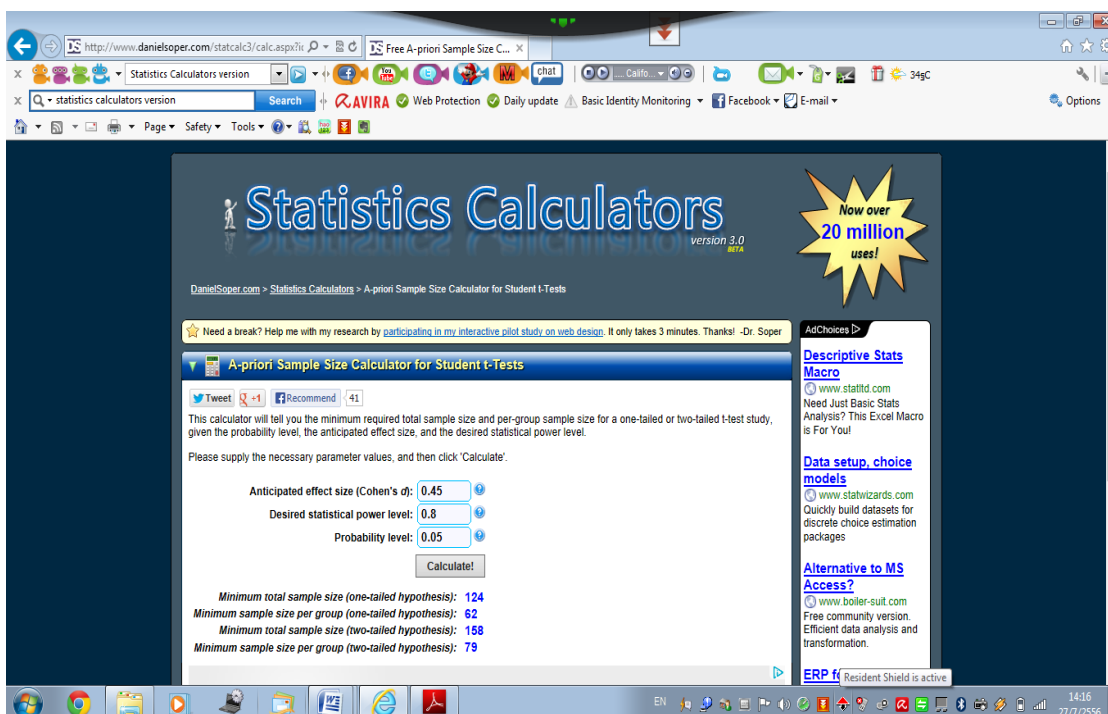
ภาพ 3. การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

หลังจากได้ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.45 จากนั้นนำไปแทนค่าคำนวณในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006) อีกครั้ง โดยการกำหนด ค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 เพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

ผลการศึกษาได้ว่า	ขนาดอิทธิพล (Effect size)	= 0.45
	ค่าอำนาจในการทดสอบ	= .80
	ค่าความเชื่อมั่น	= .05

ผลการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 62 รายต่อกลุ่ม



ภาพ 4. การคำนวณหาขนาดตัวอย่างในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0

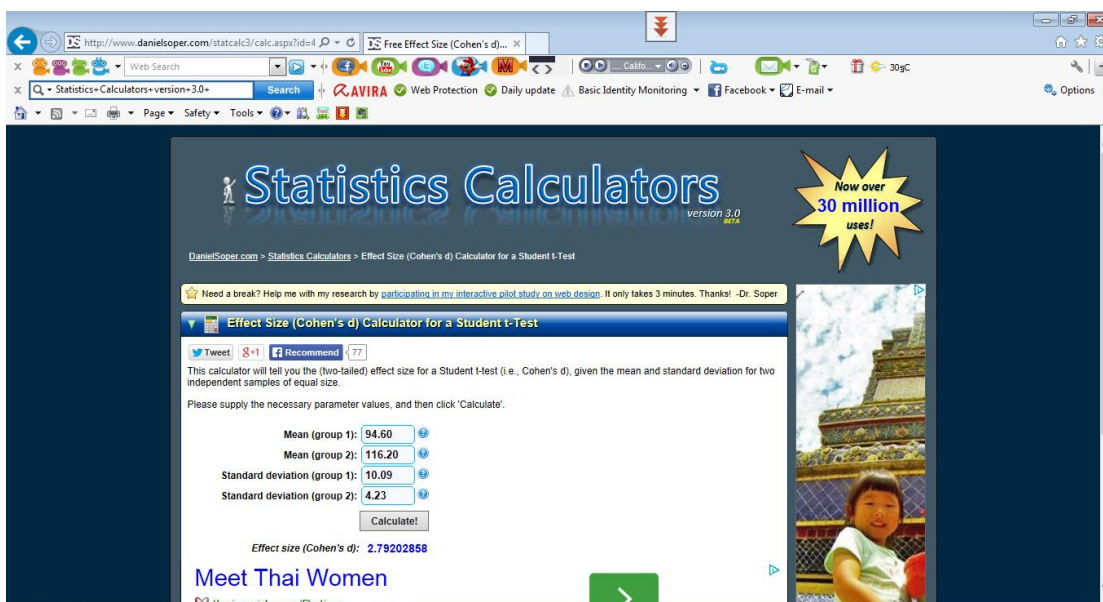
การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ก่อนยุติการเก็บข้อมูล

การ คำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งภายหลังทำการวิเคราะห์ผลความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 25 ราย ก่อนยุติการเก็บข้อมูล โดยแทนค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของแต่ละกลุ่ม แล้วแทนค่าในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006)

$$\text{ผลการศึกษาได้ว่า } M_1 = 94.60 \quad SD_1 = 10.09$$

$$M_2 = 116.20 \quad SD_2 = 4.23$$

ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 2.79



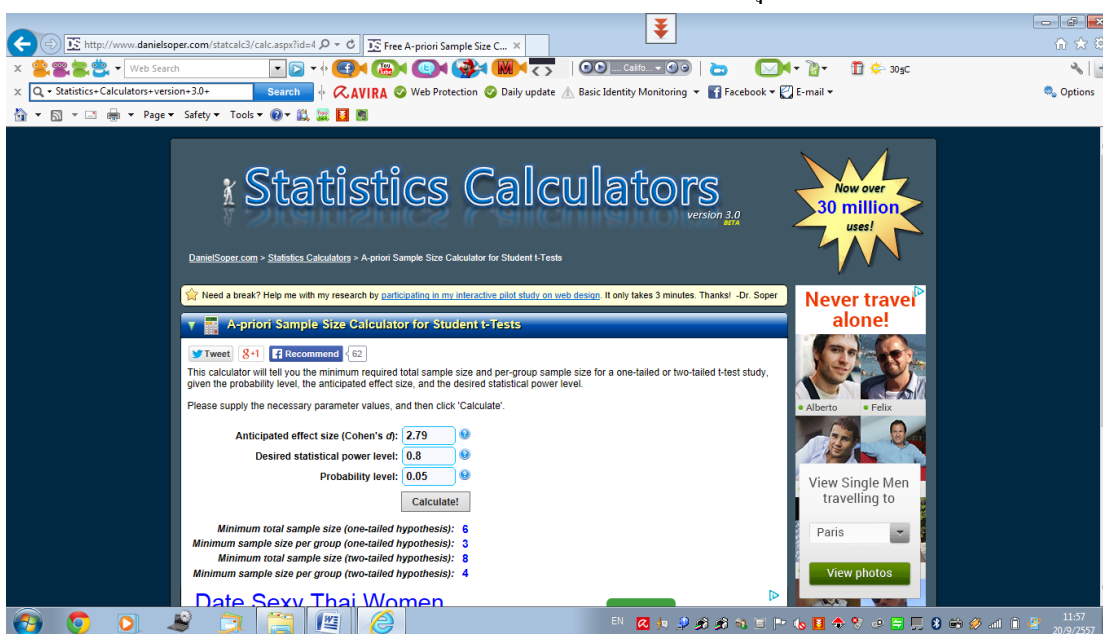
ภาพ 5. การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 ก่อนยุติการเก็บข้อมูล

การคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

หลังจากได้ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 2.79 จากนั้นนำไปแทนค่าคำนวณในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0 (Soper, 2006) อีกครั้ง โดยการกำหนด ค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 เพื่อคำนวณหาขนาดตัวอย่าง

ผลการศึกษาได้ว่า	ขนาดอิทธิพล (Effect size)	= 2.79
	ค่าอำนาจในการทดสอบ	= .80
	ค่าความเชื่อมั่น	= .05

ผลการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง เท่ากับ 3 รายต่อกลุ่ม



ภาพ 6. การคำนวณหาขนาดตัวอย่างในโปรแกรม Statistics Calculators version 3.0

ภาคผนวก ก

ใบพิทักษ์สิทธิสำหรับผู้ปกครอง การวิจัย เรื่อง ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....สกุล.....

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ถนน.....ตำบล.....

อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....

มีความยินยอมให้บุตร/เด็กในความปกครองของข้าพเจ้า ค .ญ./ค.ช.....

เข้าร่วมในการทำวิจัยที่ทำโดย นางสาวธนิศา ทิปะปาล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ โดยมี รศ.ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ผศ.ดร.มยุรี นภาพรรณสกุล เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม วัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ถ้าข้าพเจ้าและบุตร/เด็กในความปกครองตกลงใจจะร่วมในการวิจัยครั้งนี้ บุตร/เด็กในความปกครองของข้าพเจ้าจะถูกส่งเข้าสู่กลุ่มทดลองหรือกลุ่มควบคุมเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น หากบุตร/เด็กในความปกครองของข้าพเจ้าเข้าสู่กลุ่มทดลอง จะได้รับการเตรียมความพร้อม และเข้าร่วมทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจขณะเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 วันติดต่อกัน ครั้งละ 30 - 45 นาที ถ้าบุตร/เด็กในความปกครองของข้าพเจ้าเข้าสู่กลุ่มควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติจากหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ในระหว่างการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะอยู่ให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา ในกรณีที่บุตร/เด็กในความปกครองของข้าพเจ้าถูกส่งเข้าสู่กลุ่มควบคุม แต่ต้องการได้รับการเตรียมความพร้อม ผู้วิจัยจะดูแลเตรียมความพร้อมให้ภายหลังเสร็จสิ้นการทดลองครั้งนี้แล้ว บุตร/เด็กในความปกครองของข้าพเจ้าจะถูกขอให้ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการวิจัย มีอิสระในการที่จะเลือกตอบแบบสอบถามตามความรู้สึก/ความคิดเห็นของตนเอง

ข้าพเจ้าและบุตร/เด็กในความปกครองได้รับการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยในครั้งนี้ และขอเข้าร่วมในการวิจัยโดยสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ข้าพเจ้าและบุตร/เด็กใน

ความปกครองจะไม่ได้รับประโยชน์ส่วนตัวใดๆ ทั้งสิ้นจากการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลและคำตอบจะถูกปิดไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะถามข้อสงสัย ปฏิเสธข้อซักถาม และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่ข้าพเจ้าและบุตร/เด็กในความปกครองต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของบุตรข้าพเจ้าและบุตร/เด็กในความปกครองรับทราบว่าการศึกษานี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม แต่บุตรอาจจะเกิดอาการเหนื่อยล้า เบื่อหน่าย หรือเครียด จากการเข้าร่วมทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน 4 วัน โดยใช้ระยะเวลา วันละ 30 - 45 นาที หากเกิดอาการดังกล่าวขึ้น ท่านและบุตร/เด็กในความปกครองสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อหยุดพักหรือขอเลื่อนเวลาในการทำกิจกรรม ผลประโยชน์จากการวิจัยอาจมีผลต่อผู้ปกครองและบุตรคนอื่นๆ รวมทั้งข้าพเจ้าและบุตร/เด็กในความปกครอง

ถ้าข้าพเจ้าและบุตร/เด็กในความปกครองมีข้อสงสัยหรือมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ข้าพเจ้าและบุตรสามารถถามนางสาวธนิศา ทีปะपाल ได้ที่โทรศัพท์หมายเลข 089-7307724

ลงนาม.....ผู้ปกครอง

(.....)

ลงนาม.....ผู้รับผิดชอบการวิจัย

(.....)

วันที่.....

ใบพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย
การวิจัย เรื่อง การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ
ของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งสำหรับกลุ่มตัวอย่าง

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

สวัสดิ์ละ พิธีชื้อ ธนิตา ทีปะปาล นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาล
 ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความสนใจศึกษาผลการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพ
 ชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการวิจัยจะใช้เป็นแนวทางในการ พัฒนาคุณภาพ
 ชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในอนาคต

น้องเป็นผู้หนึ่งที่ได้รับคัดเลือกให้เข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ การเข้าร่วมดังกล่าวจะไม่มี
 ผลกระทบต่อการรับการรักษาพยาบาล และน้องมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อที่
 ต้องการ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากน้องเข้าสู่กลุ่มทดลอง จะได้รับการเตรียมความพร้อม และเข้า
 ร่วมทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจขณะ
 เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง จำนวน 4 ครั้งๆ ละ 30 - 45 นาที กิจกรรมดังกล่าวอาจจะเกิดอาการเหนื่อยล้า
 เบื่อหน่าย หรือเครียด เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่มีความต่อเนื่องกัน 4 วัน หากเกิดอาการดังกล่าวขึ้น
 น้องสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่เข้าร่วมกิจกรรม เพื่อหยุดพักหรือเลื่อนเวลา ถ้าน้องเข้าสู่กลุ่ม
 ควบคุม จะได้รับการดูแลตามปกติจากหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ น้องจะถูกขอให้
 ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 1 และวันที่ 4 ของการวิจัย น้องจะมีอิสระในการที่จะ
 เลือกตอบแบบสอบถามตามความรู้สึก/ความคิดเห็นของตนเอง ข้อมูลและคำตอบของน้องจะถูกปิด
 ไว้เป็นความลับ ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ประโยชน์ที่น้องจะได้รับ คือ มี
 โอกาสได้รับการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ และน้องจะได้รับของขวัญ 1 ชิ้น จากการเข้าร่วม
 วิจัย

ถ้าน้องมีข้อสงสัยหรือมีคำถามเกี่ยวกับการวิจัย น้องสามารถติดต่อสอบถามได้ที่
 โทรศัพท์หมายเลข 089-7307724

วันที่.....

ภาคผนวก ง

คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นการส่งเสริมให้บุคคลเข้าใจตนเอง ช่วยตนเอง โดยมีจุดมุ่งหมายช่วยให้สมาชิกในกลุ่มได้ช่วยเหลือกัน พัฒนาปรับปรุงด้านจิตใจ ช่วยให้ผู้คนที่มีความวิตกกฤตมีศักยภาพช่วยตนเอง สมาชิกในกลุ่มต่างให้ความช่วยเหลือ ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน เพิ่มความสัมพันธ์กับสมาชิกในกลุ่ม

1. ความหมาย

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่จัดให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง และมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา พร้อมทั้งร่วมแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยด้วยกันเอง

2. หลักการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

2.1 บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่เป็นผู้นำให้กลุ่มสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมายหรือความต้องการของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มอาจเป็นสมาชิกกลุ่ม คนใดคนหนึ่งที่มีความรู้ทางสุขภาพ หรือ ได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่ผู้นำกลุ่มกันในแต่ละครั้ง

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ 3 ด้าน ดังนี้

1. เอื้ออำนวยให้สมาชิกทุกคนได้รับการตอบสนองความต้องการของสมาชิก 3 ด้าน (Marram, 1978) คือ

- 1.1 ความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย
- 1.2 ความรู้สึกเป็นเจ้าของกลุ่มหรือรู้สึกเป็นสมาชิกกลุ่ม

1.3 ความรู้สึกเป็นเพื่อนกับสมาชิกกลุ่ม

2. ต้องสร้างบรรยากาศให้สมาชิกทุกคนมีโอกาสในการแสดงความรู้สึก แสดงความคิดเห็นในปัญหา และต้องควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้กลุ่มอยู่ในภาวะตึงเครียด จนเกินไป มีความเป็นมิตร มีการยอมรับซึ่งกันและกัน และให้การสนทนาในกลุ่มเป็นไปใน ลักษณะของการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก (สุวนีย์, 2554) นอกจากนี้ผู้นำกลุ่มจะต้อง รับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และต้องประเมินความก้าวหน้าของกลุ่มเป็น ระยะเวลา (Marram, 1978)

3. กำหนดจุดมุ่งหมายเฉพาะของสมาชิกแต่ละคน ให้ชัดเจน เนื่องจาก สมาชิกแต่ละคนมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกัน (Marram, 1978)

- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .
- .

3.3 สมาชิกกลุ่ม

ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มจำนวน 5 - 10 คน เป็นกลุ่มเดิมตลอดทั้ง 4 ครั้ง ซึ่งจะเป็นการเพิ่มโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง มีรายละเอียดในการทำ กลุ่มแต่ละครั้ง และสรุปกิจกรรมของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อลดความกลัว ภาวะซึมเศร้า ความทุกข์ทรมาน การเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ ความวิตกกังวล และความปวด ซึ่งเป็นการ ส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (ตาราง 4) ดังนี้

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1
เรื่อง การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม
และ “ความกลัวและความปวดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง”

วิธีการจัดการความกลัวที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ความกลัว เป็นอารมณ์ตอบสนองเมื่อมีสิ่งที่เป็นอันตรายหรือสิ่งที่คุกคามจิตใจ มักเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว และมักถูกมองว่าเป็นอาการของสภาวะวิกฤตทางด้านพัฒนาการ (กวี, 2541)

ความกลัวเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กมักจะ กลัวการรักษาที่ทำให้ปวด กลัวโรคที่เป็นอยู่ และที่สำคัญผู้ป่วยเด็กจะมีความกลัวเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์การรักษาและจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเด็กโดยตรง (Zebrack & Chesler, 2002)

.
.
.
.

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. ทำความรู้จักและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน ระยะเวลาที่เข้าร่วม
3. แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับความกลัวการแยกจากบิดามารดา กลัวโรคที่เป็นอยู่ กลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรค และกลัวการได้รับยาเคมีบำบัด

สถานที่

หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ.สงขลา

ระยะเวลา

30 - 45 นาที

สมาชิกกลุ่ม

ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง จำนวน 5 - 10 ราย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแนะนำชื่อ นามสกุล ชื่อเล่น อายุของตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักซึ่งกันและกัน (ระยะเวลา 5 นาที)
2. ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมการวิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลสุขภาพปัจจุบัน ตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Pre - test) ของสมาชิกกลุ่ม (ระยะเวลา 5 นาที)
3. สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1 ซึ่งเรื่องที่น่าสนใจจะครอบคลุมในหัวข้อ “ความกลัว และความปวด ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง” โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้นำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในครั้งแรก และกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังกล่าว หากสมาชิกกลุ่มไม่มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผู้วิจัยช่วยเหลือให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้จับบันทึก หรือวาดภาพ จากนั้นจึงนำผลงานดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน (ระยะเวลา 20 – 30 นาที) โดยมีวิธีการช่วยเหลือสมาชิก (กนกจันทร์, 2554) ดังนี้
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
 - .
4. ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มร่วมกันชี้แจง นัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป (ระยะเวลา 5 นาที)

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 4
เรื่อง “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง”
และ สรุปรายปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา

ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ความวิตกกังวล เป็นอารมณ์หรือความรู้สึกกลัวที่อยู่ลึกๆ กังวลอี้อัดใจว่าจะมีสิ่งไม่ดี น่ากลัว หรืออันตรายเกิดขึ้น ซึ่งจำเป็นต้องแยกออกจากความกลัว (กวี, 2541) ผู้ป่วยเด็กจะมีความวิตกกังวลว่าโรคที่ตนเป็นอยู่นั้นจะรักษาไม่หาย วิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา และการถูกคุกคามจากการเจ็บป่วยทำให้มีความกดดันทางอารมณ์ต่างๆ เช่น โกรธ เสียใจ รู้สึกสิ้นหวังในชีวิต

.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.
.

กิจกรรม

2. ร่วมกันสรุปรายปัญหา แนวทางแก้ไข (ระยะเวลา 5 นาที)
3. สมาชิกกลุ่มตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ (Post - test) (ระยะเวลา 5 นาที)
4. ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มสรุปรายปัญหา ข้อเสนอแนะ ข้อดี/ข้อด้อย จากการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง ตลอดจนประโยชน์อื่นๆ ที่ได้จากการทำกลุ่ม ก่อนที่จะทำการปิดกลุ่ม (ระยะเวลา 5 นาที)

ตาราง 4

สรุปกิจกรรมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต
ด้านจิตใจ

คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	กิจกรรมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
กลัว	
<ul style="list-style-type: none"> - กลัวการแยกจากบิดามารดา - กลัวโรคที่เป็นอยู่ - กลัวการกลับมาเป็นซ้ำของโรค · · · · 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครอบคลุมในหัวข้อ “ความกลัวที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง” สมาชิกกลุ่มร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ดังกล่าว เพื่อที่จะร่วมกันหาทางแก้ปัญหา · · · ·
<ul style="list-style-type: none"> · · · 	<ul style="list-style-type: none"> · · ·
ความวิตกกังวล	
<ul style="list-style-type: none"> - กังวลว่าโรคที่เป็นอยู่จะรักษาไม่หาย - วิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา 	<ul style="list-style-type: none"> - สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ครอบคลุมในหัวข้อ “ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเด็ก โรคมะเร็ง” การแก้ไขความวิตกกังวลทำโดยผ่านกระบวนการดังกล่าวข้างต้น · · · · · - การให้การช่วยเหลือความวิตกกังวลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็งดังกล่าว ทำโดยผ่านกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ภาคผนวก จ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

แบบสอบถาม

แบบสอบถามชุดนี้เป็นแบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง จำนวน 14 ข้อ

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ จำนวน 30 ข้อ

ในการตอบแบบสอบถามนี้ คำตอบของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่าน แต่จะเกิดประโยชน์และมีคุณค่าอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง และเป็นประโยชน์ในการพัฒนากิจกรรมการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่ดีขึ้น จึงขอความกรุณา โดยได้ตอบตามความเป็นจริง คำตอบของท่าน ผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ถ้าหากท่านไม่สะดวกที่จะให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ท่านสามารถปฏิเสธได้โดยไม่มีผลต่อการรับบริการของท่าน

ขอขอบพระคุณที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

(นางสาวธนิศา ทิปะปาล)

นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเด็ก

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

เลขที่แบบสอบถาม.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม.....

แบบสอบถามชุดนี้ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง

คำชี้แจง : ให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความหรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ

() 1. ชาย ()

2. หญิง

2. อายุ.....ปี.....เดือน (เกิดเดือน.....พ.ศ.)

.

.

.

.

.

.

.

14. การวินิจฉัยโรค

() 1. มะเร็งเม็ดเลือดขาว

() 2. มะเร็งสมอง

() 3. มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

() 4. มะเร็งปมประสาท

() 5. มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ

() 6. มะเร็งต่อมหมวกไต

() 7. อื่นๆ (ระบุ).....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

คำชี้แจง : แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยข้อความซึ่งถามเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจใน ผู้ป่วยเด็ก วัยรุ่น โรคมะเร็ง ให้ผู้ป่วยเด็กวัยรุ่น โรคมะเร็ง ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของท่าน แต่ละข้อให้ตอบเพียงคำตอบเดียว และตอบให้ครบทุกข้อ มีจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ สำหรับตัวเลือก จะแบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

มากที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันมากที่สุด
มาก	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก/ความคิดเห็นของฉันน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น				✓	

จากตัวอย่าง หมายความว่า ฉันเห็นด้วยน้อยกับ การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นทำให้ตนเองต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. เมื่อฉันเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ฉันมักจะหาสาเหตุของความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดขึ้น					
2. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา*					
3. ฉันรู้สึกวิตกกังวลถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือผลการพยาบาลที่เกิดขึ้น*					
.					
.					
.					
.					
.					
9. ฉันมีวิธีลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา					
10. ฉันมักจะหาเหตุผลอธิบายให้ทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจ เพื่อให้หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ทำให้ฉันปวด					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
.					
29. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับเพื่อนๆ ใกล้เคียงกัน ทำให้ฉันมีความสุข					
30. ฉันมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน					

หมายเหตุ * ข้อคำถามทางลบ

ภาคผนวก ฉ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (t-test)

ก่อนที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยก่อน ซึ่งสถิติที่ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบที (t-test) ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบที (t-test) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ ดังนี้

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติทีของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ

1.1 ตัวแปรที่ใช้ต้องมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วงหรือระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (interval scale or ratio scale)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิตด้านจิตใจ โดยลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับคะแนน ซึ่งมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง ดังนั้นชุดของคะแนนที่นำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติที (t-test) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

1.2 การกระจายข้อมูลเป็นไปตามปกติ (normal distribution of the data)

ผู้วิจัยนำข้อมูลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยดูจากค่า z-value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทดสอบข้อมูล ซึ่งค่าที่ยอมรับได้จะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z < 3.29; p > .05$) (Tabachnick & Fidell, 2007) เมื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมาทดสอบ พบว่า ข้อมูลทุกชุดได้ค่า z-value ไม่เกิน 3.29 ดังตาราง 5 และตาราง 6 นั่นคือ ชุดข้อมูลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจที่จะนำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติทีเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และเมื่อนำไปทดสอบการแจกแจงข้อมูล โดยแสดงในรูปกราฟแท่ง (histogram) การกระจายข้อมูลของชุดคะแนนแต่ละชุดเป็นโค้งปกติ ดังภาพ 7 - 8 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตาราง 5

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่ม
ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value
ก่อนการทดลอง	.615	.464	1.325	.171	.902	0.189
หลังการทดลอง	.966	.464	2.146	1.308	.902	1.450

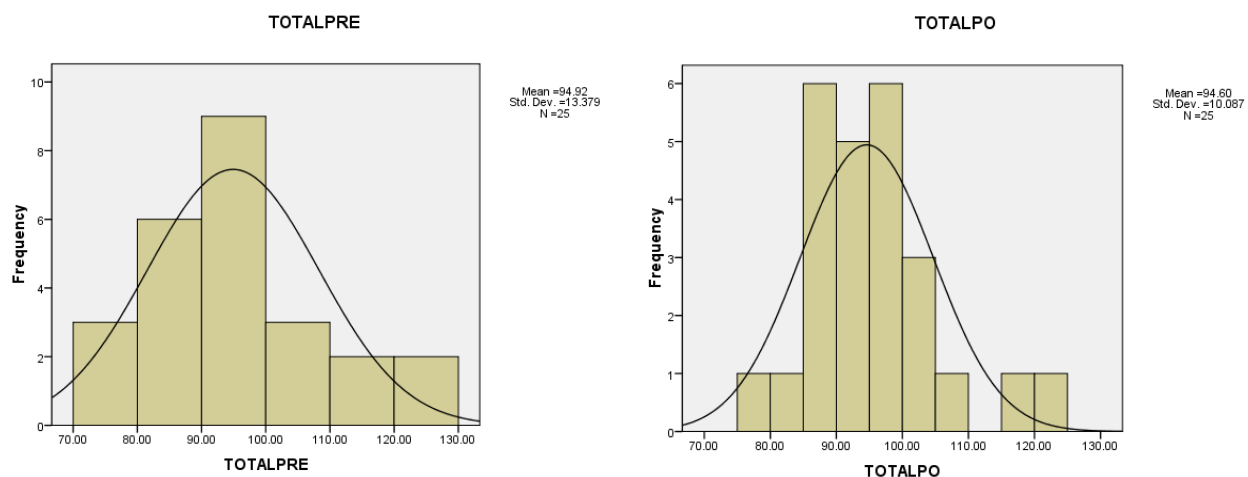
สูตรการคำนวณค่า $z\text{-value} = \text{Statistic} \div \text{SE}$

ตาราง 6

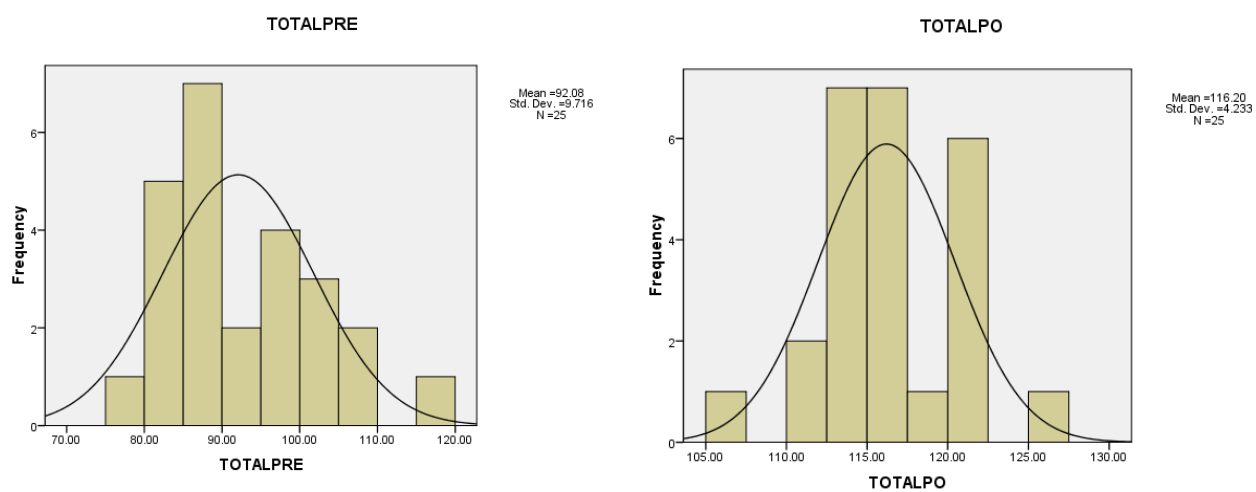
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของกลุ่ม
ทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย คุณภาพชีวิตด้านจิตใจ	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value
ก่อนการทดลอง	.692	.464	1.491	-.303	.902	-0.335
หลังการทดลอง	.100	.464	0.215	-.205	.902	0.227

สูตรการคำนวณค่า $z\text{-value} = \text{Statistic} \div \text{SE}$



ภาพ 7. กราฟแท่งแสดงการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองการทดลอง ($n = 25$)



ภาพ 8. กราฟแท่งแสดงการกระจายของข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$)

ภาคผนวก ข
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 7

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เมื่อนั้นเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ฉันมักจะหาสาเหตุของความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดขึ้น	1 (4)	3 (12)	12 (48)	9 (36)	0	0	4 (16)	12(48)	9 (36)	0
2. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา	3 (12)	14 (56)	6 (24)	0	2 (8)	4 (16)	14 (56)	5 (20)	2 (8)	0
3. ฉันรู้สึกวิตกกังวลถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือผลการพยาบาลที่เกิดขึ้น	2 (8)	13 (52)	8 (32)	0	2 (8)	2 (8)	12 (48)	10 (40)	0	1 (4)
4. ฉันเข้าใจเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อนกำหนดการวันกลับบ้านของฉัน	1 (4)	0	10 (40)	10 (40)	4 (16)	0	2 (8)	8 (32)	12 (48)	3 (12)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
5. ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยเกินไป ซึ่งทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้	1 (4)	6 (24)	13 (52)	3 (12)	2 (8)	0	5 (20)	16 (64)	4 (16)	0
6. ฉันมีสติในการดำเนินชีวิต	0	1 (4)	6 (24)	12 (48)	6 (24)	0	1 (4)	9 (36)	9 (36)	6 (24)
7. ฉันยอมรับรูปร่างและหน้าตาของตนเองได้	0	1 (4)	6 (24)	14 (56)	4 (16)	0	1 (4)	5 (20)	16 (64)	3 (12)
8. ฉันสามารถจัดการกับความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้	0	4 (16)	11 (44)	6 (24)	4 (16)	0	2 (8)	13 (52)	7 (28)	3 (12)
9. ฉันมีวิถีลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	1 (4)	7 (28)	6 (24)	9 (36)	2 (8)	0	4 (16)	12 (48)	8 (32)	1 (4)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
10. ฉันมักจะหาเหตุผลอธิบายให้ทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจ เพื่อให้หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ทำให้ฉันปวด	5 (20)	10 (40)	6 (24)	4 (16)	0	1 (4)	12 (48)	8 (32)	4 (16)	0
11. ฉันสามารถอดทนต่อความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	0	1 (4)	9 (36)	12 (48)	3 (12)	0	1 (4)	12 (48)	10 (40)	2 (8)
12. ฉันรู้สึกสิ้นหวัง	1 (4)	2 (8)	6 (24)	13 (52)	3 (12)	2 (8)	1 (4)	12 (48)	9 (36)	1 (4)
13. ฉันกลัวเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่	8 (32)	9 (36)	4 (16)	2 (8)	2 (8)	6 (24)	12 (48)	3 (12)	3 (12)	1 (4)
14. ฉันรู้สึกเหงา	1 (4)	4 (16)	12 (48)	6 (24)	2 (8)	1 (4)	6 (24)	8 (32)	9 (36)	1 (4)
15. ฉันกลัวการแยกจากบิดามารดา	4 (16)	7 (28)	8 (32)	4 (16)	2 (8)	4 (16)	9 (36)	5 (20)	6 (24)	1 (4)
16. ฉันกลัวว่าโรคที่ฉันเป็นอยู่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งในอนาคต	14 (56)	6 (24)	2 (8)	2 (8)	1 (4)	12 (48)	8 (32)	3 (12)	2 (8)	0
17. ฉันกลัวการรักษาที่เกิดขึ้นกับฉัน	2 (8)	12 (48)	6 (24)	3 (12)	2 (8)	2 (8)	12 (48)	7 (28)	4 (16)	0

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
18. ฉันสามารถจัดการความกลัวที่เกิดขึ้นได้	1 (4)	4 (16)	14 (56)	5 (20)	1 (4)	1 (4)	2 (8)	16 (64)	5 (20)	1 (4)
19. ฉันรู้สึกพึงพอใจในตนเอง	0	1 (4)	10 (40)	12 (48)	2 (8)	0	1 (4)	9 (36)	13 (52)	2 (8)
20. ฉันรับรู้ถึงความห่วงใยจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง	0	0	5 (20)	10 (40)	10 (40)	0	0	1 (4)	14 (56)	10 (40)
21. ฉันรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดที่เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	3 (12)	9 (36)	9 (36)	3 (12)	1 (4)	3 (12)	10 (40)	9 (36)	2 (8)	1 (4)
22. ฉันสามารถจัดการกับความทุกข์ทรมานที่เกิดขึ้นได้	0	4 (16)	13 (52)	6 (24)	2 (8)	0	3 (12)	14 (56)	7 (28)	1 (4)
23. ฉันไม่อยากพูดคุยกับใคร	0	3 (12)	12 (48)	8 (32)	2 (8)	0	3 (12)	10 (40)	10 (40)	2 (8)
24. ฉันไม่ชอบอยู่คนเดียว	2 (8)	7 (28)	13 (52)	3 (12)	0	1 (4)	8 (32)	14 (56)	1 (4)	1 (4)
25. ฉันสนใจสิ่งแวดลอมรอบข้างลดลง	0	5 (20)	11 (44)	7 (28)	2 (8)	0	5 (20)	12 (48)	6 (24)	2 (8)

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
26. ฉันรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	0	1 (4)	12 (48)	11 (44)	1 (4)	0	0	14 (56)	10 (40)	1 (4)
27. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	0	1 (4)	6 (24)	16 (64)	2 (8)	1 (4)	0	10 (40)	13 (52)	1 (4)
28. ฉันมีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเอง	0	1 (4)	10 (40)	13 (52)	1 (4)	0	0	11 (44)	13 (52)	1 (4)
29. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับเพื่อนๆ วยเดียวกัน ทำให้ฉันมี ความสุข	0	3 (12)	13 (52)	8 (32)	1 (4)	0	0	14 (56)	10 (40)	1 (4)
30. ฉันมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน	0	1 (4)	6 (24)	16 (64)	2 (8)	0	1 (4)	4 (16)	18 (72)	2 (8)

ตาราง 8

เปรียบเทียบจำนวนและร้อยละ ของคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็งในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. เมื่อนั้นเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ฉันมักจะหาสาเหตุของความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดขึ้น	1 (4)	7 (28)	12 (48)	5 (20)	0	0	0	7 (28)	18 (72)	0
2. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา	0	11 (44)	10 (40)	4 (16)	0	0	0	15 (60)	10 (40)	0
3. ฉันรู้สึกวิตกกังวลถึงการเปลี่ยนแปลงของโรคหรือผลการพยาบาลที่เกิดขึ้น	0	9 (36)	14 (56)	2 (8)	0	0	0	10 (40)	15 (60)	0
4. ฉันเข้าใจเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อนกำหนดการวันกลับบ้านของฉัน	0	0	14 (56)	11 (44)	0	0	0	1 (4)	17 (68)	7 (28)
5. ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรคน้อยเกินไป ซึ่งทำให้ไม่สามารถตัดสินใจเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้	0	5 (20)	16 (64)	4 (16)	0	0	0	8 (32)	16 (64)	1 (4)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
6. ฉันมีสติในการดำเนินชีวิต	0	1 (4)	17 (68)	7 (28)	0	0	0	7 (28)	17 (68)	1 (4)
7. ฉันยอมรับรูปร่างและหน้าตาของตนเองได้	0	1 (4)	16 (64)	8 (32)	0	0	0	1 (4)	20 (80)	4 (16)
8. ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้	1 (4)	4 (16)	12 (48)	8 (32)	0	0	0	6 (24)	19 (76)	0
9. ฉันมีวิธีลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	0	11 (44)	9 (36)	5 (20)	0	0	0	8 (32)	17 (68)	0
10. ฉันมักจะหาเหตุผลอธิบายให้ทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจ เพื่อให้หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ทำให้ฉันปวด	4 (16)	10 (40)	8 (32)	3 (12)	0	0	1 (4)	22 (88)	2 (8)	0
11. ฉันสามารถอดทนต่อความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	0	0	18 (72)	7 (28)	0	0	0	3 (12)	21 (84)	1 (4)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
12. ฉันรู้สึกสิ้นหวัง	0	0	15 (60)	9 (36)	1 (4)	0	0	0	20 (80)	5 (20)
13. ฉันกลัวเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่	1 (4)	9 (36)	10 (40)	5 (20)	0	0	2 (8)	16 (64)	7 (28)	0
14. ฉันรู้สึกเหงา	0	4 (16)	16 (64)	5 (20)	0	0	0	4 (16)	15 (60)	6 (24)
15. ฉันกลัวการแยกจากบิดามารดา	0	8 (32)	12 (48)	5 (20)	0	0	0	11 (44)	14 (56)	0
16. ฉันกลัวว่าโรคที่ฉันเป็นอยู่จะกลับมา เป็นซ้ำอีกครั้งในอนาคต	0	13 (52)	11 (44)	1 (4)	0	0	0	19 (76)	6 (24)	0
17. ฉันกลัวการรักษาที่เกิดขึ้นกับฉัน	0	10 (40)	11 (44)	4 (16)	0	0	0	10 (40)	14 (56)	1 (4)
18. ฉันสามารถจัดการความกลัวที่ เกิดขึ้นได้	0	2 (8)	21 (84)	2 (8)	0	0	1 (4)	11 (44)	13 (52)	0
19. ฉันรู้สึกพึงพอใจในตนเอง	0	3 (12)	18 (72)	4 (16)	0	0	0	1 (4)	22 (88)	2 (8)
20. ฉันรับรู้ถึงความห่วงใยจากครอบครัว และบุคคลรอบข้าง	0	0	10 (40)	14 (56)	1 (4)	0	0	0	13 (52)	12 (48)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
21. ฉันรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดที่ เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือ การรักษา	0	5 (20)	16 (64)	4 (16)	0	0	0	9 (36)	14 (56)	2 (8)
22. ฉันสามารถจัดการกับความทุกข์ ทรมานที่เกิดขึ้นได้	1 (4)	7 (28)	12 (48)	5 (20)	0	0	0	10 (40)	15 (60)	0
23. ฉันไม่อยากพูดคุยกับใคร	0	1 (4)	20 (80)	4 (16)	0	0	0	0	18 (72)	7 (28)
24. ฉันไม่ชอบอยู่คนเดียว	0	2 (8)	19 (76)	3 (12)	1 (4)	0	0	3 (12)	14 (56)	8 (32)
25. ฉันสนใจสิ่งแวดลอมรอบข้างลดลง	0	3 (12)	19 (76)	3 (12)	0	0	1 (4)	2 (8)	17 (68)	5 (20)
26. ฉันรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	0	0	13 (52)	12 (48)	0	0	0	2 (8)	20 (80)	3 (12)
27. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	0	0	12 (48)	13 (52)	0	0	0	0	14 (56)	11 (44)
28. ฉันมีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเอง	0	2 (8)	17 (68)	5 (20)	1 (4)	0	0	3 (12)	15 (60)	4 (28)

ตาราง 8 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง					หลังการทดลอง				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
29. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับเพื่อนๆ วัยเดียวกัน ทำให้ฉันมี ความสุข	0	0	18 (72)	6 (24)	1 (4)	0	0	3 (12)	15 (60)	4 (28)
30. ฉันมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน	0	0	8 (32)	16 (64)	1 (4)	0	0	0	8 (32)	17 (68)

ตาราง 9

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโค้ง และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง
ในกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายชื่อ

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
1. เมื่อฉันเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ฉันมักจะ หาสาเหตุของความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดขึ้น	3.16	.80	-	-	-1.81	0.80	ปานกลาง	3.20	.71	-	-	-0.66	-0.94	ปานกลาง
2. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่ อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา	2.36	.99	-	-	2.99	2.79	ปานกลาง	2.20	.82	-	-	1.29	0.40	ต่ำ
3. ฉันรู้สึกวิตกกังวลถึงการเปลี่ยนแปลง ของโรคหรือผลการพยาบาลที่เกิดขึ้น	2.48	.96	-	-	2.76	0.58	ปานกลาง	2.44	.82	-	-	2.04	3.15	ปานกลาง
4. ฉันเข้าใจเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อน กำหนดการวันกลับบ้านของฉัน	3.68	.80	-	-	0.31	0.58	สูง	3.64	.81	-	-	-0.52	-0.17	ปานกลาง
5. ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค น้อยเกินไป ซึ่งทำให้ไม่สามารถตัดสินใจ เลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้	2.96	.93	-	-	0.90	0.73	ปานกลาง	2.96	.61	-	-	0.03	0.01	ปานกลาง
6. ฉันมีสติในการดำเนินชีวิต	3.92	.81	-	-	-0.76	-0.24	สูง	3.80	.87	-	-	0	0.98	สูง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
7. ฉันยอมรับรูปร่างและหน้าตาของตนเองได้	3.84	.96	-	-	-0.82	0.37	สูง	3.84	.69	-	-	-1.33	1.35	สูง
8. ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้	3.40	.96	-	-	0.67	-0.77	ปานกลาง	3.44	.82	-	-	0.98	-0.18	ปานกลาง
9. ฉันมีวิธีลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	3.16	1.07	-	-	-0.26	-0.92	ปานกลาง	3.24	.78	-	-	0.24	-0.28	ปานกลาง
10. ฉันมักจะหาเหตุผลอธิบายให้ทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจ เพื่อให้หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ทำให้ฉันปวด	2.36	.99	-	-	0.61	-0.93	ปานกลาง	2.60	.82	-	-	0.86	0.62	ปานกลาง
11. ฉันสามารถอดทนต่อความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	3.68	.75	-	-	-0.06	-0.17	สูง	3.52	.71	-	-	0.64	-0.06	ปานกลาง
12. ฉันรู้สึกสิ้นหวัง	3.60	.96	-	-	-2.00	1.26	ปานกลาง	3.24	.93	-	-	-1.86	1.50	ปานกลาง
13. ฉันกลัวเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่	2.24	1.23	-	-	2.04	0.19	ต่ำ	2.24	1.09	-	-	2.04	0.49	ต่ำ

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
14. ฉันรู้สึกเหงา	3.16	1.54	-	-	-0.04	0.33	ปานกลาง	3.12	.97	-	-	-0.55	-0.62	ปานกลาง
15. ฉันกลัวการแยกจากบิดามารดา	2.72	1.17	-	-	0.56	-0.60	ปานกลาง	2.64	1.15	-	-	0.54	-1.00	ปานกลาง
16. ฉันกลัวว่าโรคที่ฉันเป็นอยู่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งในอนาคต	1.80	1.15	-	-	3.20	1.61	ต่ำ	1.80	.96	-	-	2.27	0.31	ต่ำ
17. ฉันกลัวการรักษาที่เกิดขึ้นกับฉัน	2.64	1.08	-	-	1.73	0.16	ปานกลาง	2.52	.87	-	-	0.74	-0.59	ปานกลาง
18. ฉันสามารถจัดการความกลัวที่เกิดขึ้นได้	3.04	.84	-	-	-0.17	1.09	ปานกลาง	3.12	.78	-	-	-0.47	2.41	ปานกลาง
19. ฉันรู้สึกพึงพอใจในตนเอง	3.60	.71	-	-	0	0.03	ปานกลาง	3.64	.70	-	-	-0.32	0.12	ปานกลาง
20. ฉันรับรู้ถึงความห่วงใยจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง	4.20	.76	-	-	-0.79	-1.26	สูง	4.36	.57	-	-	-0.29	-0.72	สูง
21. ฉันรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดที่เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	2.60	1.00	-	-	0.82	0.11	ปานกลาง	2.52	.96	-	-	1.18	0.68	ปานกลาง

ตาราง 9 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
22. ฉันสามารถจัดการกับความทุกข์ ทรมานที่เกิดขึ้นได้	3.24	.83	-	-	0.98	0.04	ปานกลาง	3.24	.72	-	-	0.67	0.35	ปานกลาง
23. ฉันไม่อยากพูดคุยกับใคร	3.36	.81	-	-	0.52	0.17	ปานกลาง	3.44	.82	-	-	-0.08	-0.37	ปานกลาง
24. ฉันไม่ชอบอยู่คนเดียว	2.68	.80	-	-	-0.83	0.04	ปานกลาง	2.72	.79	-	-	1.22	2.36	ปานกลาง
25. ฉันสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างลดลง	3.24	.88	-	-	0.62	-0.47	ปานกลาง	3.20	.87	-	-	0.90	-0.22	ปานกลาง
26. ฉันรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	3.48	.65	-	-	0.17	0.01	ปานกลาง	3.48	.59	-	-	1.64	0.36	ปานกลาง
27. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	-	-	4.00	.50	-3.51	5.55	-	-	-	4.00	.50	-2.71	4.06	-
28. ฉันมีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเอง	3.56	.65	-	-	-0.52	0.09	ปานกลาง	3.60	.58	-	-	0.61	0.80	ปานกลาง
29. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับเพื่อนๆ วยเดียวกัน ทำให้ฉันมี ความสุข	3.28	.74	-	-	0.36	0.04	ปานกลาง	3.48	.59	-	-	1.64	0.36	ปานกลาง
30. ฉันมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน	3.76	.66	-	-	-1.36	1.23	สูง	3.84	.62	-	-	-2.17	2.88	สูง

ตาราง 10

ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนควอไทล์ ความเบ้ ความโค้ง และระดับคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง
ในกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลองเป็นรายข้อ

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
1. เมื่อนั้นเกิดความรู้สึกวิตกกังวล ฉันมักจะ หาสาเหตุของความรู้สึกดังกล่าวที่เกิดขึ้น	2.84	.80	-	-	-0.48	-0.31	ปานกลาง	3.72	.46	-	-	-2.25	-1.11	สูง
2. ฉันวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการข้างเคียงที่ อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา	2.72	.74	-	-	1.10	1.02	ปานกลาง	3.40	.50	-	-	0.94	-2.19	ปานกลาง
3. ฉันรู้สึกวิตกกังวลถึงการเปลี่ยนแปลง ของโรคหรือผลการพยาบาลที่เกิดขึ้น	2.72	.61	-	-	0.48	0.49	ปานกลาง	3.60	.50	-	-	-0.94	-2.19	ปานกลาง
4. ฉันเข้าใจเหตุผลเมื่อแพทย์เลื่อน กำหนดการวันกลับบ้านของฉัน	3.44	.51	-	-	0.55	2.34	ปานกลาง	4.24	.52	-	-	0.64	0.01	สูง
5. ฉันรู้สึกวิตกกังวลที่มีความรู้เกี่ยวกับโรค น้อยเกินไป ซึ่งทำให้ไม่สามารถตัดสินใจ เลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้	2.96	.61	-	-	0.03	0.01	ปานกลาง	3.72	.54	-	-	-0.33	-0.39	สูง
6. ฉันมีสติในการดำเนินชีวิต	3.24	.52	-	-	0.64	-0.01	ปานกลาง	3.76	.52	-	-	-0.64	-0.01	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
7. ฉันยอมรับรูปร่างและหน้าตาของตัวเองได้	3.28	.54	-	-	0.33	0.39	ปานกลาง	4.12	.44	-	-	1.47	2.53	สูง
8. ฉันสามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลที่เกิดขึ้นได้	3.08	.81	-	-	-1.42	0.29	ปานกลาง	3.76	.44	-	-	2.80	0.40	สูง
9. ฉันมีวิธีลดอาการปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	2.76	.78	-	-	1.00	-1.28	ปานกลาง	3.68	.48	-	-	-1.77	-1.60	สูง
10. ฉันมักจะหาเหตุผลอธิบายให้ทีมแพทย์และพยาบาลเข้าใจ เพื่อให้หลีกเลี่ยงการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษาที่ทำให้ฉันปวด	2.40	.91	-	-	0.31	0.68	ปานกลาง	3.04	.35	-	-	1.45	7.41	ปานกลาง
11. ฉันสามารถอดทนต่อความปวดจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	3.28	.46	-	-	2.25	1.12	ปานกลาง	3.92	.40	-	-	-1.63	4.35	สูง
12. ฉันรู้สึกสิ้นหวัง	3.44	.58	-	-	2.02	0.00	ปานกลาง	-	-	4.00	0	3.44	0.66	-
13. ฉันกลัวเสียชีวิตจากโรคที่เป็นอยู่	2.76	.83	-	-	0.05	-0.74	ปานกลาง	3.20	.58	-	-	0	-0.03	ปานกลาง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
14. ฉันรู้สึกเหงา	3.04	.611	-	-	-0.03	0.01	ปานกลาง	4.08	.64	-	-	-0.14	-0.35	สูง
15. ฉันกลัวการแยกจากบิดามารดา	2.88	.73	-	-	0.41	1.08	ปานกลาง	3.56	.51	-	-	-0.55	-2.34	ปานกลาง
16. ฉันกลัวว่าโรคที่ฉันเป็นอยู่จะกลับมาเป็นซ้ำอีกครั้งในอนาคต	2.52	.59	-	-	1.28	0.60	ปานกลาง	3.24	.43	-	-	2.80	-0.39	ปานกลาง
17. ฉันกลัวการรักษาที่เกิดขึ้นกับฉัน	2.76	.72	-	-	0.87	1.01	ปานกลาง	3.64	.57	-	-	0.29	-0.76	ปานกลาง
18. ฉันสามารถจัดการความกลัวที่เกิดขึ้นได้	-	-	3.00	0	0	4.76	-	3.48	.59	-	-	-1.28	-0.60	ปานกลาง
19. ฉันรู้สึกพึงพอใจในตนเอง	3.04	.54	-	-	0.10	1.09	ปานกลาง	-	-	4.00	0	1.45	7.41	-
20. ฉันรับรู้ถึงความห่วงใยจากครอบครัวและบุคคลรอบข้าง	3.64	.57	-	-	0.29	0.76	ปานกลาง	4.48	.51	-	-	0.18	-2.41	สูง
21. ฉันรู้สึกทุกข์ทรมานจากความปวดที่เกิดขึ้นจากการตรวจวินิจฉัยและ/หรือการรักษา	2.96	.61	-	-	0.03	0.01	ปานกลาง	3.72	.61	-	-	0.48	0.49	สูง

ตาราง 10 (ต่อ)

ข้อความ	ก่อนการทดลอง							หลังการทดลอง						
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Md</i>	<i>QD</i>	<i>Skewness</i> value	<i>Kurtosis</i> value	ระดับ
22. ฉันสามารถจัดการกับความทุกข์ ทรมานที่เกิดขึ้นได้	2.84	.80	-	-	-0.48	-0.31	ปานกลาง	3.60	.50	-	-	-0.94	-2.19	ปานกลาง
23. ฉันไม่อยากพูดคุยกับใคร	3.12	.44	-	-	1.48	2.53	ปานกลาง	4.28	.46	-	-	2.25	-1.11	สูง
24. ฉันไม่ชอบอยู่คนเดียว	-	-	3.00	0	2.64	4.20	-	4.20	.65	-	-	-0.44	-0.53	สูง
25. ฉันสนใจสิ่งแวดล้อมรอบข้างลดลง	3.00	.50	-	-	0	1.91	ปานกลาง	4.04	.68	-	-	-2.00	3.02	สูง
26. ฉันรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง	3.48	.51	-	-	0.18	-2.41	ปานกลาง	4.04	.45	-	-	0.42	3.00	สูง
27. ฉันรู้สึกพึงพอใจในชีวิตปัจจุบัน	3.52	.51	-	-	-0.18	-2.41	ปานกลาง	4.44	.51	-	-	0.55	-2.34	สูง
28. ฉันมีวิธีสร้างความสุขให้กับตนเอง	3.20	.65	-	-	1.74	1.93	ปานกลาง	4.16	.62	-	-	-0.24	-0.30	สูง
29. การพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กับเพื่อนๆ วยเดียวกัน ทำให้ฉันมี ความสุข	-	-	3.00	.50	3.41	2.04	ปานกลาง	4.16	.62	-	-	-0.24	-0.30	สูง
30. ฉันมีความสุขกับชีวิตปัจจุบัน	3.72	.54	-	-	-0.33	-0.39	สูง	4.68	.48	-	-	-1.77	-1.60	สูง

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรวรรณ หนูแก้ว
ภาควิชาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันฉวี วิรุฬห์พานิช
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางฉวีระวรรณ สิงหเศรษฐ
หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล นางสาวธนิศา ทีปะपाल

รหัสประจำตัวนักศึกษา 5510420007

วุฒิการศึกษา

วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี	2553

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ (ด้านการสอน)

สถานที่ทำงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2553 – ปัจจุบัน