



ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของ
ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Effects of a Self-Help Group on Stress and Coping Among Caregivers of
Children with Cancer Receiving Chemotherapy

วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ

Wassana Chotsamphancharoen

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

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของ
ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

Effects of a Self-Help Group on Stress and Coping Among Caregivers of
Children with Cancer Receiving Chemotherapy

วาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ

Wassana Chotsamphancharoen

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

2561

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญ ความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
ผู้เขียน	นางสาววาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)ประธานกรรมการ (รองศาสตราจารย์ ดร. บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วมกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช)
..... (ดร. พิสมัย วัฒนสิทธิ์)กรรมการ (ดร. พิสมัย วัฒนสิทธิ์)
..... (รองศาสตราจารย์ นพ. อธิชาติ โชติสัมพันธ์เจริญ)กรรมการ (รองศาสตราจารย์ นพ. อธิชาติ โชติสัมพันธ์เจริญ)
กรรมการ (ดร. รจนา วิริยะสมบัติ)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลเด็ก)

.....
(ศาสตราจารย์ ดร. ดำรงค์ดี ฟ้าวรุ่งแสง)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธนี วิรุฬห์พานิช)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ

(นางสาววาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ

(นางสาววาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด
ผู้เขียน	นางสาววาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์ (การพยาบาลเด็ก)
ปีการศึกษา	2560

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่นำเด็กมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ เลือกรวมตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 25 ราย กลุ่มทดลองได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามคู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองร่วมกับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนแล้วตามด้วยกลุ่มทดลอง โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน และหาค่าความเที่ยงของแบบวัดความเครียด ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันโดยรวมได้เท่ากับ .89 เมื่อคิดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเป็นรายด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ .77 ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .79 และด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .70 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย สถิติโคสแควร์ และสถิติที

ผลการวิจัย พบว่า

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .001$)
2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 3 ไม่แตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .663$)
3. คะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.859$)

4. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .008$)

5. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .001$)

6. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .650$ และ $p = .112$ ตามลำดับ)

7. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดภายหลังได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .300$, $p = .200$ และ $p = .453$ ตามลำดับ)

8. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .048$)

9. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .420$ และ $p = .059$ ตามลำดับ)

10. คะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ

ผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความเครียดลดลงและการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาดีขึ้น ดังนั้นพยาบาล ควรนำการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปใช้ลดความเครียดและเพิ่มการเผชิญความเครียดกับปัญหาต่างๆ ของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งให้ดียิ่งขึ้น

Thesis Title	Effects of a Self-Help Group on Stress and Coping Among Caregivers of Children with Cancer Receiving Chemotherapy
Author	Ms. Wassana Chotsamphancharoen
Major Program	Nursing Science (Pediatric Nursing)
Academic Year	2017

ABSTRACT

The purpose of this quasi-experimental study was to examine effects of a self-help group on stress and coping among caregivers of children with cancer receiving chemotherapy. The sample consisted of caregivers of children with cancer admitted in the pediatric cancer ward, Songklanagarind Hospital. Purposive sampling was used to select sample into a control group ($n = 25$) and an experimental group ($n = 25$). The experimental group received the usual nursing care and participated in a self-help group. The control group received the usual nursing care. Data collection was first conducted in the control group and then in experimental group.

Data were collected using the demographic data form, stress questionnaires and coping strategies questionnaire. All questionnaires were tested for content validity by three experts. Stress questionnaires was tested for reliability, yielding a Cronbach's alpha coefficient of .83 and coping strategies questionnaires was test-retested for reliability, yielding the Pearson's correlation coefficient .89. Pearson's correlation coefficient of problem-focused coping, emotional-focused coping and palliative-focused coping were .77, .79 and .70 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, chi-square and t-test. The results were as follows:

1. The mean score of stress in the experimental group after participating in the self-help group was significantly lower than that of before participating in a self-help group ($p = .001$).

2. The mean score of stress of control group after receiving the usual nursing care on the third day was not significantly different from the first day ($p = .663$).

3. The mean scores of stress of the control group and experimental group before participating in a self-help group were not significantly different ($p = 0.859$).

4. The mean score of stress in the experimental group after participating in the self-help group was significantly lower than that of control group ($p = .008$).

5. The mean score of the problem-focused coping in the experimental group after participating in the self-help group was significantly higher than before participating in a self-help group ($p = .001$).

6. The mean score of the emotional-focused coping and palliative-focused coping after participating in a self-help group in the experimental group were not significantly different from before participating in the self-help group ($p = .650$, $p = .112$ respectively).

7. The mean scores of the problem-focused coping emotional-focused coping and palliative-focused coping after received the usual nursing care in the control group were not significantly different from before receiving the usual nursing care ($p = .300$, $p = .200$, $p = .453$ respectively).

8. The mean score of the problem-focused coping in the experimental group after participating in the self-help group were significantly higher than that in the control group ($p = .048$).

9. The mean scores of emotional-focused coping and palliative-focused coping between the experimental and control group after the intervention were not significantly different ($p = .420$, $p = .059$ respectively).

10. The difference in scores of the experimental group and the control group was greatest for problem-focused coping, followed by palliative-focused coping and emotional-focused coping respectively.

Our study indicated that the intervention with self-help group had the effect of decreasing stress and helping caregivers of children with cancer to be better at problem-focused coping and facing stress problems. Therefore, nurses should apply the self-help group process to decrease the stress and enhance coping with problems in these caregivers of children with cancer.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วันธนี วิรุฬห์พานิช ดร. พิสมัย วัฒนสิทธิ์ และรองศาสตราจารย์นายแพทย์ธีรชิต โขติสัมพันธ์เจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ที่ได้ให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยซาบซึ้งในพระคุณของท่านเป็นที่สุด จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหาเครื่องมือวิจัยและคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาเสนอแนะคิดและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์เพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมถึงคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ติดตามความก้าวหน้า มีความห่วงใยเสมอมา และได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ จนกระทั่งสำเร็จการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ หัวหน้าฝ่ายบริการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วย พยาบาลและเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ท้ายที่สุดขอกราบขอบพระคุณครอบครัวอันเป็นที่รัก ที่คอยห่วงใย ห่มเทก้าร่างกาย สนับสนุนกำลังทรัพย์ และเป็นกำลังใจที่สำคัญยิ่งตลอดมาจนวิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และขอบคุณกัลยาณมิตรและเพื่อน ๆ นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตทุกท่านที่เป็นกำลังใจ และให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดี

คุณประโยชน์ที่เกิดจากการวิจัยในครั้งนี้ ขอมอบแต่บุพการี คณาจารย์ที่ประสิทธิ์ประสาทความรู้ รวมทั้งผู้ปกครองและเด็กโรคมะเร็งทุกท่าน

วาสนา โขติสัมพันธ์เจริญ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(10)
สารบัญ.....	(11)
รายการตาราง	(13)
รายการภาพประกอบ.....	(15)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	8
นิยามศัพท์การวิจัย.....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	10
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	10
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	11
โรคมะเร็งในเด็ก.....	11
ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	16
ความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	23
การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	24
ปัจจัยที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็ง.....	26
การประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	29
การประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	31
แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง.....	34
ผลของการใช้กลุ่มการช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	38
สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	42
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	42
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	44
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	47
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	50
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	54
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	55
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	56
ผลการวิจัย.....	56
อภิปรายผลการวิจัย.....	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	78
สรุปผลการวิจัย.....	78
ข้อเสนอแนะ.....	80
เอกสารอ้างอิง.....	81
ภาคผนวก.....	89
ก การคำนวณหาขนาดอิทธิพลและขนาดกลุ่มตัวอย่าง.....	90
ข เครื่องมือในการวิจัย.....	92
ค คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง.....	103
ง ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	115
จ การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ (t-test)	117
ฉ ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	126
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย.....	146
ประวัติผู้เขียน.....	147

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และผลการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ของ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	59
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และผลการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ของ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล.....	61
3	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test).....	63
4	เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและ หลังได้รับการพยาบาลโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test).....	63
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่ม ทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการ กับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดย ใช้สถิติทีคู่ (paired t-test).....	65
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวิธีการเผชิญความเครียดระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการ จัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้ สถิติทีอิสระ (independent t-test).....	67
7	เปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้คะแนนสัมพัทธ์.....	68
8	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่ม ควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	118
9	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่ม ทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	118
10	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการเผชิญ ความเครียดของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง.....	121
11	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการเผชิญ ความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง.....	122

รายการตาราง (ต่อ)

ตาราง		หน้า
12	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลอายุและจำนวนบุตรของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	125
13	การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลอายุของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	125
14	จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลอง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียดก่อนการทดลอง.....	126
15	จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลอง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด หลังการทดลอง.....	131
16	จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มควบคุม 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียดก่อนการทดลอง.....	136
17	จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มควบคุม 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด หลังการทดลอง.....	141

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดของการศึกษา.....	8
2	แผนการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล.....	53
3	การคำนวณหาขนาดอิทธิพลโปรแกรม Statistics Calculators version 4.....	90
4	การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรม Statistics Calculators version 4.....	91
5	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง กลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$).....	119
6	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$).....	119
7	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็งกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$).....	123
8	กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็งกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$).....	124

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคมะเร็งเป็นสาเหตุที่สำคัญประการหนึ่งที่ทำให้เด็กเสียชีวิตและเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข ซึ่งในแต่ละปีมีผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาของชมรมโรคมะเร็งเด็กแห่งประเทศไทย พบว่า อุบัติการณ์การเกิดโรคมะเร็งในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ประมาณ 76.7 รายต่อประชากรเด็กเกิดใหม่ล้านคน และโรคมะเร็งที่พบมากที่สุดคือ มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Seksarn et al., 2015) จากสถิติผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาทั้งหมดในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – พ.ศ. 2560 มีจำนวน 69, 68, 85, 100 และ 115 ราย ตามลำดับ (สถิติหน่วยโลหิตวิทยาภาควิชากุมารศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์, 2560) จะเห็นได้ว่าแนวโน้มผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในแต่ละปีมีจำนวนเพิ่มขึ้นและเด็กต้องเข้ารับการรักษาโรคมะเร็งในโรงพยาบาลมากขึ้น ซึ่งการรักษาโรคมะเร็งจะต้องเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลาหลายปี ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กและครอบครัวเป็นอย่างมาก

ผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเริ่มตั้งแต่ได้รับทราบการวินิจฉัยว่าเด็กเป็นมะเร็งในครั้งแรก ผู้ดูแลต้องเผชิญกับความหลากหลายของความเครียดที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง รวมทั้งภัยคุกคามต่อชีวิตของเด็ก การรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ การดูแลสมาชิกในครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงของบทบาทและความรับผิดชอบ สัมพันธภาพภายในครอบครัว (Long & Marsland, 2011) ภาวะการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็ง ยังรวมถึงการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับผลการรักษา การขาดความรู้และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ตลอดจนปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง (Marsland et al., 2013) โดยเฉพาะผลกระทบต่อความเครียดของครอบครัวหรือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในระยะการวินิจฉัยใหม่ ภายในระยะเวลา 1-2 เดือน คือ การเริ่มต้นของการรักษาโรคมะเร็งในเด็ก ความต้องการการดูแลทางการแพทย์ของเด็ก ในขณะที่เดียวกันยังต้องจัดการครอบครัวอย่างต่อเนื่องเพื่อตอบสนองความต้องการในชีวิตประจำวัน (Bonner, Hardy, Willard, & Hutchinson, 2007; Goldbeck, 2007; Marsland et al., 2013)

จากการที่เด็กโรคมะเร็งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่และความเป็นอยู่ในชีวิตประจำวัน ไม่มีเวลาส่วนตัว ถูกแยกจากสังคม กลุ่มเพื่อน เนื่องจากต้องให้เวลากับการดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เจ็บป่วยรวมถึงการดูแลและคง

ไว้ซึ่งการดำรงชีวิตประจำวันของเด็กโรคมะเร็ง ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับสารน้ำและอาหาร สังเกตอาการติดเชื้อ การดูแลเด็กเมื่อมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ผอมร่วง เบื่ออาหาร น้ำหนักลด เป็นต้น (พรทิพย์, 2555) ดังนั้นจะเห็นว่าผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีภาระงานที่ต้องทำให้กับเด็กโรคมะเร็งและยังต้องจัดการกับชีวิตส่วนตัว ส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ รวมถึงกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ผลกระทบทางด้านร่างกายของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เช่น นอนไม่หลับ ปวดศีรษะ ความดันโลหิตสูง หัวใจสั่น คิดอะไรไม่ออก เป็นต้น ผลกระทบทางด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า หมดหวัง จิตใจหดหู่ กังวลใจ ขาดพลังในการทำสิ่งต่างๆ อารมณ์หงุดหงิด เป็นต้น (สุนีย์, 2554) ดังนั้นผู้ดูแลที่ต้องดูแลเด็กโรคมะเร็งจะต้องมีวิธีการจัดการกับความเครียดของตนเอง จากงานวิจัยพบว่าผู้ดูแลมีวิธีการจัดการกับความเครียดทางด้านอารมณ์ เพื่อลดผลกระทบที่ส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพ เช่น การฝึกทักษะการหายใจกับกะบังลม ผ่อนคลายกล้ามเนื้อโดยการฟังดนตรี (Marsland et al., 2013) ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลต่อความผาสุกในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยในกลุ่มโรคมะเร็งในผู้ใหญ่และกลุ่มโรคอื่น เช่น การศึกษาของบุญมาศ (2550) ได้ทำการศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ใหญ่ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรับรังสีรักษา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง เมื่อเกิดความเครียดญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารญาติผู้ดูแลได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด และจากการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง พบว่า ระดับความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ (ณชนก, ศุภร, และสุชีรา, 2556) จากการศึกษาทำให้เห็นว่าผู้ดูแลมีความเครียดระดับปานกลางถึงสูง และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

ในขณะที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องทำหน้าที่ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งและได้รับผลกระทบต่างๆ ดังที่ได้กล่าวมาข้างต้น การประเมินความต้องการของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจึงมีความสำคัญ เพื่อที่จะได้ให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวในการเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งมีความต้องการหลายด้าน ได้แก่ ความต้องการด้านข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ความต้องการทางด้านจิตอารมณ์ ความต้องการทางกาย ความต้องการทางสังคม ความต้องการทางจิตวิญญาณและความต้องการทางการเงิน

เป็นต้น (Kim, Kashy, Spillers, & Evans, 2010) ซึ่งผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งส่วนใหญ่หาวิธีการลดความเครียดโดยการหาข้อมูลจากแพทย์ พยาบาล บุคลากรในทีมสุขภาพและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเดียวกัน (วารุณี, 2557; แชนภา, ชื่นฤดี, และอัจฉริยา, 2554) นอกจากนี้ การเผชิญความเครียดโดยการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้บิดามารดาที่กำลังเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดเหล่านั้นลดลง โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลประเมินความเครียดและช่วยลดปฏิกิริยาที่เกิดจากความเครียด (Cohen & Wills, 1985) สอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียด ของลาซารัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) กล่าวว่า ความเครียดถูกกำหนดให้เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและสภาพแวดล้อมที่มีการประเมินว่าเป็นการเกินความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะรับมือกับปัญหาที่มีอยู่ แหล่งประโยชน์อย่างหนึ่ง คือ การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม มีบทบาทที่สำคัญในความเชื่อของแต่ละบุคคลในความสามารถของเขาที่จะรับมือกับเหตุการณ์ที่เครียด ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีบทบาทสำคัญในการช่วยลดความเครียด เพื่อให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งสามารถกลับมาทำหน้าที่ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งได้อย่างเต็มที่

เชฟเฟอร์, คอยน์, และลาซารัส (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการช่วยเหลือเพื่อประโยชน์ของบุคคล 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียดและเป็นส่วนให้บุคคลเกิดความพึงพอใจ การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลตามแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาความเครียดหรือภาวะวิกฤตมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างแก่บุคคลที่มีปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่คล้ายกัน (Corey & Corey, 1992) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้น เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่มโดยสมาชิกของกลุ่ม (Marram, 1987) การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจึงเป็นกระบวนการที่สมาชิกที่มีปัญหาคือๆกัน มารวมกลุ่มกันโดยสมัครใจ เพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นคล้ายกัน สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ ข้อมูลข่าวสาร และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ นำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่พบการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในประเทศไทย อย่างไรก็ตามมีการศึกษาในต่างประเทศเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการวิจัยใหม่ พบว่า ผู้ดูแลหลักเด็กโรคมะเร็งพึงพอใจกับการได้รับการสนับสนุนทางข้อมูล เช่น อภิปรายประสบการณ์ของมะเร็ง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด แหล่งในการช่วยเหลือหรือการจัดการปัญหา และการสนับสนุนทางสังคม เช่น วิธีการเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีผลให้การรับรู้ความเครียดลดลง (Marsland et al., 2013) นอกจากนี้วิธีการหนึ่งในโปรแกรมการจัดการความเครียดของมาร์ชแลนด์และคณะให้ข้อเสนอแนะว่า การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยการนำพ่อแม่ที่มีเด็กป่วยเรื้อรังมาอภิปราย

ในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลเด็กป่วยโรคเรื้อรัง โดยเล่าทักษะและอภิปรายการประยุกต์ใช้ทักษะกับสถานการณ์ที่เฉพาะและมีความกังวล จะทำให้การรับรู้ความเครียดของผู้ดูแลลดลง อย่างไรก็ตาม มาร์ชแลนด์และคณะเป็นนักจิตวิทยา และต้องใช้ความรู้ทางด้านจิตวิทยาในการช่วยให้ผู้ดูแลจัดการกับความเครียด ดังนั้นถ้าจะดำเนินการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามโปรแกรมของมาร์ชแลนด์และคณะ ผู้ให้โปรแกรมจะต้องมีความรู้ในด้านจิตวิทยา อีกทั้งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างของปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดแตกต่างกับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทย ดังนั้นผู้วิจัยจึงไม่นำโปรแกรมนี้มาใช้กับงานวิจัยที่ต้องการจะศึกษา นอกจากนี้มีงานวิจัยของแอลวิส, กัวลาเดลและคุราชิม่า (Alves, Guirardell, & Kurashima, 2012) ที่ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อความเครียด พบว่า บิดามารดาที่มีอายุน้อย เด็กป่วยที่มีอายุน้อย และระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่ที่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง มีผลทำให้ระดับความเครียดสูงกว่า และมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของโรคมะเร็งสำหรับเด็กและพ่อแม่ของเด็กโรคมะเร็ง (Erin et al., 2012) พบว่า การได้รับข้อมูลการวินิจฉัยครั้งแรกและการกำเริบซ้ำของโรคมะเร็ง เป็นแหล่งของความเครียดมากที่สุด

จากการทบทวนงานวิจัยที่เทียบเคียงกับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ประดิษฐา, 2538) โรคหอบหืด (ธิดารัตน์, 2539) โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (อุทุมพร, 2536) และเด็กที่มีความพิการ (Tony, 2001) ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มมารดาที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้มีการศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในพ่อแม่ที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีอายุ 3-10 ปี (Kelly, 1981) หลังการทำกลุ่มพบว่า พ่อแม่มีความร่วมมือกันมากขึ้น และมีความสุขมากขึ้น ความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและพ่อแม่ไปในทางที่ดีขึ้น จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงขึ้น พ่อแม่มีความร่วมมือและมีความสุขมากขึ้น อาจเนื่องจากความเครียดลดลง การเผชิญความเครียดกับปัญหาดีขึ้นจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนั้นการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง จึงเป็นวิธีการช่วยเหลือที่ผู้วิจัยสนใจที่จะนำมาใช้ในการดูแลผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ต้องเผชิญหน้ากับความเครียด ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานและการดูแลที่ดีสามารถป้องกันหรือบรรเทาภาวะแทรกซ้อนได้ ผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ เพื่อช่วยลดความเครียด และการเผชิญกับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สามารถใช้เป็นแนวทางให้บุคลากรทางการแพทย์ นำไปเป็นวิธีหรือแนวทางในการช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลมีสุขภาพกายและใจที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

คำถามการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือไม่
2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันหรือไม่
3. คะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองแตกต่างกันหรือไม่
4. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
5. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือไม่
6. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองด้านการจัดการกับอารมณ์หลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือไม่
7. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองด้านการบรรเทาความเครียดหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองหรือไม่
8. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มควบคุมด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่
9. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มควบคุมด้านการจัดการกับอารมณ์ก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่
10. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มควบคุมด้านการบรรเทาความเครียดก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติแตกต่างกันหรือไม่

11. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
12. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์หลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
13. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมหรือไม่
14. คะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับหรือไม่

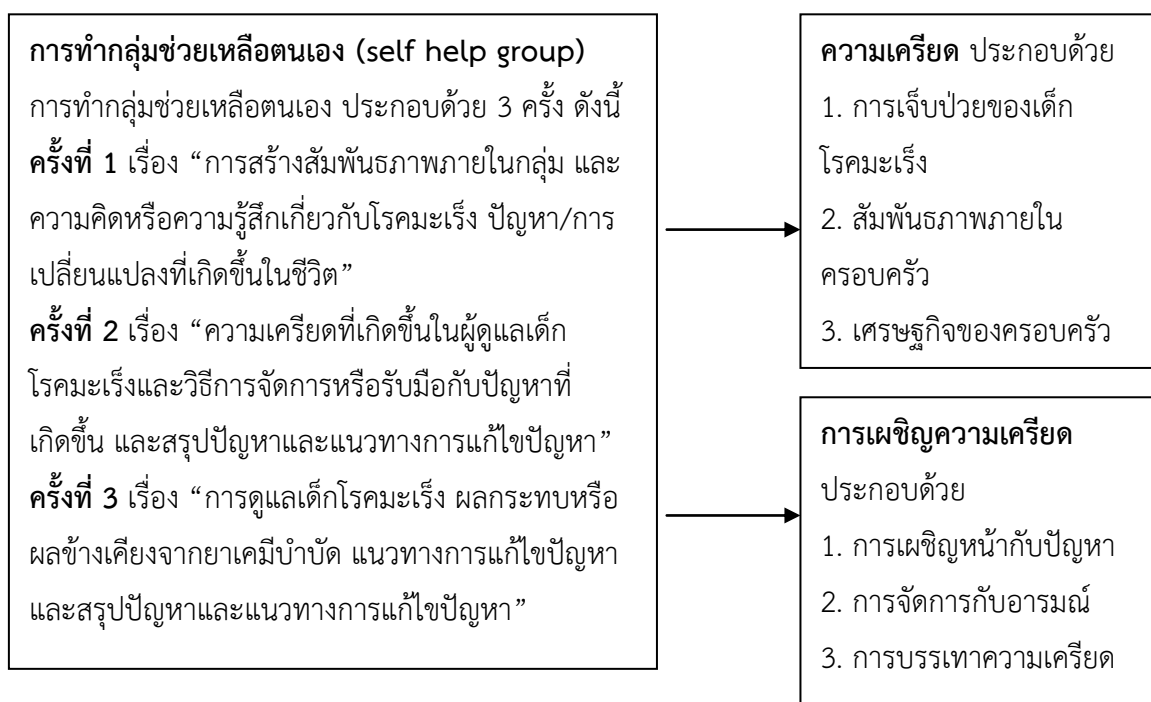
กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) และแนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Marram, 1978) เป็นแนวทางในการศึกษา โดยลาซารัสและโพล์คแมนให้ความหมายของความเครียด (Stress) ว่าเป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลซึ่งกันและกัน บุคคลเป็นผู้ประเมินตัดสินว่าเหตุการณ์นั้นจะมีผลกระทบหรือผลเสียต่อตนเอง เมื่อพิจารณาประเมินตัดสินความสำคัญของเหตุการณ์ที่ต้องเผชิญแล้วนั้น บุคคลจะพยายามทั้งการกระทำ (behavior) และความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตนเอง (cognitive) ในการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ซึ่งความพยายามนี้จะต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มีอยู่มาใช้อย่างเต็มที่หรือเกินกว่าธรรมดาในการจัดการกับความเครียด สำหรับการเผชิญความเครียด (coping) เป็นกระบวนการใช้ความพยายามทั้งการกระทำและความคิด เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการมุ่งปรับอารมณ์ (emotional-focused coping) บุคคลอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ ซึ่งจาโลวีส (Jalowiec, 1988) ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดวิธีการเผชิญความเครียด โดยแบ่งออกเป็น 3 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม 2) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เป็นการระบายความรู้สึกนึกคิดในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิด

ความเครียดและ 3) การบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เปลี่ยนที่เหตุการณ์ เพื่อเป็นการควบคุมเหตุการณ์ให้ความเครียด บรรเทาลง

เมื่อพิจารณาตามทฤษฎีความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน สามารถวิเคราะห์ได้ว่า เมื่อผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้รับฟังการวินิจฉัยว่าเด็กที่ต้องดูแลเป็นโรคมะเร็ง ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จะประเมินเหตุการณ์การเจ็บป่วยครั้งนี้ (primary appraisal) ว่ามีผลคุกคามต่อชีวิตของเด็ก โรคมะเร็งและตนเอง ทำให้เกิดความเครียดขึ้น ทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบสนองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจึงพยายามที่จะหาแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนต่างๆ (secondary appraisal) เพื่อช่วยให้ตนเองประเมินสถานการณ์ต่างๆใหม่ (reappraisal) ทำให้สามารถเผชิญความเครียดได้ ซึ่งแหล่งประโยชน์หรือแหล่งสนับสนุนอย่างหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งให้สามารถเผชิญกับความเครียดได้ คือ การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากวิธีการดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีการรับรู้ รวมถึงมีความสามารถและมีความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต ความเครียดที่เกิดขึ้นและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหา และการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการแก้ไขปัญหา โดยแนวคิดดังกล่าวเป็นการรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้การช่วยเหลือสนับสนุนโดยวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Marram, 1978) ซึ่งสามารถนำมาใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้โดยการจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตจากการดูแลเด็กโรคมะเร็ง และมีส่วนร่วมในการเสนอปัญหา และแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งด้วยกันเอง ซึ่งความถี่และระยะเวลาในการจัดกิจกรรมกลุ่ม จัดจำนวน 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน ครั้งละ 45-60 นาที สมาชิกกลุ่มมีจำนวน 3-5 คน โดยเป็นกลุ่มเดิมตลอดทั้ง 3 ครั้ง ในแต่ละครั้งให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเล่าถึงประสบการณ์ ความรู้สึก และอภิปรายร่วมกัน พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหา การจัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองประกอบด้วยหัวข้อต่างๆ ดังนี้ ครั้งที่ 1 เรื่อง “การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต” ครั้งที่ 2 เรื่อง “ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา” ครั้งที่ 3 เรื่อง “การดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบหรือ

ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการแก้ไขปัญหาและสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา” กิจกรรมกลุ่มในแต่ละครั้งที่จัดขึ้น จะทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นจาก ประสบการณ์ของผู้อื่นที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน ได้รับการปลอบใจ เห็นอกเห็นใจจากผู้ดูแลโรคมะเร็ง ด้วยกันจากการทำกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนั้นจึงคาดว่าการทำงานกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง สามารถทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น วัตถุประสงค์ประจักษ์ใจของผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็ง ช่วยในการจัดการกับความเครียดได้ ดังแสดงใน ภาพ 1



ภาพ 1. กรอบแนวคิดของการศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
3. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

4. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองด้านการจัดการกับอารมณ์หลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
5. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดในกลุ่มทดลองด้านการบรรเทาความเครียดหลังการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
6. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
7. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์หลังการทดลองในกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม
8. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดหลังการทดลองในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม
9. คะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ

นิยามศัพท์การวิจัย

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง กิจกรรมกลุ่มที่จัดให้แก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ กลุ่มละ 3-5 ราย มาพบกันด้วยความสมัครใจ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตหลังจากเป็นผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ความเครียดและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น การดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และแนวทางการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ

ความเครียด หมายถึง ความรู้สึกต่อสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องเผชิญและประเมินว่าคุณความเป็นอันตรายและรบกวนการดำรงชีวิตประจำวันและเกินกำลังที่จะจัดการกับสถานการณ์นั้นๆ โดยสถานการณ์หรือเหตุการณ์ประกอบด้วย การเจ็บป่วยของบุตร ปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัวและปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว ประเมินโดยใช้เครื่องมือแบบวัดความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของสุณัฎดาและมัจฉรินทร์ (2556)

การเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการที่ผู้ดูแลใช้ในการจัดการกับความเครียดด้วยวิธีการต่างๆ ที่เกิดจากการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของบุญมาศ (2550) ประกอบด้วยการเผชิญความเครียด 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งตั้งแต่หลังได้รับเคมีบำบัดครั้งแรกจนถึง 6 เดือน โดยผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องได้รับการรักษาด้วยเคมีบำบัดและเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาล สงขลา นครินทร์

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีรูปแบบการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้
2. เพื่อเป็นแนวทางแก่ผู้ที่สนใจศึกษาหรือทำวิจัยในประเด็นอื่นๆที่มีความสัมพันธ์กับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาถึงผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย

1. โรคมะเร็งในเด็ก
2. ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
3. ความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
4. การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
5. ปัจจัยที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
6. การประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
7. การประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
8. แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง
9. ผลของการใช้กลุ่มการช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
10. สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็ง (cancer) คือ กลุ่มเซลล์ที่เจริญเติบโตผิดปกติและมีการเพิ่มจำนวนเซลล์โดยไม่มีขีดจำกัด สามารถแพร่กระจายไปยังเซลล์ปกติตามเนื้อเยื่อรอบๆหรืออวัยวะใกล้เคียง เข้าไปยังกระแสเลือดหรือระบบน้ำเหลือง ซึ่งมีผลทำให้เกิดการทำลายและสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะนั้นๆ ตามมา (พรทิพย์, 2555; James & Ashwill, 2007)

ชนิดของโรคมะเร็งในเด็ก

โรคมะเร็งในเด็กที่พบได้บ่อย แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ มะเร็งเม็ดเลือดขาว มะเร็งต่อมน้ำเหลือง และเป็นกลุ่มเนื้องอกชนิดร้ายแรง (บุญเพียร, 2555) ดังต่อไปนี้

มะเร็งเม็ดเลือดขาว

มะเร็งเม็ดเลือดขาว (leukemia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดขาว เนื่องจากการสร้างออกมามากทั้งในรูปของตัวอ่อนและตัวแก่จนร่างกายไม่สามารถควบคุมได้ พบเซลล์เม็ดเลือดขาวตัวอ่อน แทรกอยู่ในไขกระดูกและอวัยวะต่างๆ เม็ดเลือดขาวตัวอ่อนไม่สามารถที่จะมีการเจริญพัฒนาเป็นตัวแก่ได้เหมือนปกติ การที่เม็ดเลือดขาวที่ผิดปกติเข้าไปแทนที่เม็ดเลือดปกติในไขกระดูก จะมีผลยับยั้งการสร้างเม็ดเลือดปกติ ทำให้การผลิตเม็ดเลือดแดงและเกล็ดเลือดลดต่ำลง ผู้ป่วยเด็กจึงมีอาการซีด เลือดออกง่าย และติดเชื้อง่าย (พูลสุข, 2554; พรทิพย์, 2554) ซึ่งสาเหตุของโรคไม่ทราบชัดเจน แต่มีปัจจัยส่งเสริม คือ ความผิดปกติของโครโมโซม เช่น ดาวน์ซินโดรม (Down's syndrome) โรคซีดแฟนโคโน (Fanconi anemia) การได้รับรังสี ยาหรือสารเคมีบางชนิด เด็กฝาแฝดไข่ใบเดียวกันจะมีอัตราเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น (Marino & Fine, 2007) มะเร็งเม็ดเลือดขาวมีลักษณะการเกิด 2 ลักษณะ คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน (Acute leukemia) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเรื้อรัง (Chronic leukemia) และเมื่อแบ่งตามลักษณะของเซลล์เม็ดเลือดขาว สามารถแบ่งได้ 2 ชนิด คือ มะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ชนิดลิมโฟบลาสต์ (Acute lymphoblastic leukemia: ALL) และมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันที่มีความผิดปกติในการแบ่งตัวของเซลล์ที่ไม่ใช่ชนิดลิมโฟบลาสต์ (Acute Non lymphoblastic leukemia: ANLL) (พูลสุข, 2554; Marino & Fine, 2007)

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง

มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (lymphoma) เป็นมะเร็งที่เกิดจากความผิดปกติของเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย เกิดขึ้นกับอวัยวะของระบบน้ำเหลือง เช่น ต่อมน้ำเหลือง ม้าม ทอลซิล หรือเกิดกับอวัยวะที่ไม่ใช่ต่อมน้ำเหลือง เช่น ไขกระดูก ตับ ระบบประสาท มะเร็งต่อมน้ำเหลืองแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ ได้แก่

กลุ่มที่ 1 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน (Hodgkin's Disease) เป็นมะเร็งของระบบน้ำเหลือง มีลักษณะผิดปกติของเซลล์ต่อมน้ำเหลือง จะมีลักษณะอาการจากการหลั่งสารสื่อระหว่างเซลล์ (cytokine) จากเซลล์ที่ผิดปกตินั้น ทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตขึ้น ส่วนมากจะเริ่มโตบริเวณคอและเมดิเอสติเนียม และแพร่กระจายไปยังต่อมน้ำเหลืองที่ติดต่อกัน จากนั้นแพร่ไปยังอวัยวะอื่น เช่น ตับ ม้าม ปอด และไขกระดูก โดยปกติเซลล์ในระบบต่อมน้ำเหลืองทำหน้าที่ผลิตลิมโฟไซต์ (lymphocyte) ฮิสติโอไซต์ (histiocyte) และโมโนไซต์ (monocyte) กำจัดสิ่งแปลกปลอมที่ปนมากับต่อมน้ำเหลือง โดยแมคโครฟาจ (macrophage) จะสร้างภูมิคุ้มกันให้กับร่างกาย แต่ผู้ป่วยเด็กที่

เป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน จะพบเซลล์ฮิสติโอไซต์ (histiocyte) มีขนาดใหญ่ในต่อมน้ำเหลือง มีนิวเคลียสหลายอันและลักษณะนิวเคลียสว่าเป็นสองลอน ไซโตพลาสซึม (cytoplasm) มีรูปร่างที่ไม่แน่นอน แต่นิวคลีโอล (nucleoli) ชัดเจน เรียก ริด สเติร์นเบิร์ก เซลล์ (Reed-Sternberg cell: RS) อาการที่พบบ่อยที่สุด คือ ต่อมน้ำเหลืองโต ต่อมน้ำเหลืองที่โตจะกดไม่เจ็บ ไม่มีการอักเสบ แข็งคล้ายยางลบ แต่ถ้าก้อนโตเร็วอาจมีอาการกดเจ็บ ระยะแรกจะโตที่ต่อมและเป็นข้างเดียว (พรทิพย์, 2555)

กลุ่มที่ 2 มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน (Non Hodgkin's Lymphoma) เป็นกลุ่มโรคมะเร็งต่อมน้ำเหลืองที่มีความผิดปกติในลิมโฟไซต์ (lymphocyte) มักเป็นแบบแพร่กระจายมากกว่าเป็นก้อน เกิดจากความผิดปกติของยีน ที่เป็นผลมาจากการเคลื่อนย้าย (translocation) ทำให้การควบคุมการเจริญเติบโตของเซลล์ทำงานผิดปกติ เซลล์เจริญเติบโตมากแต่ไม่มีการแก่ตัว ทำให้เกิดเป็นก้อนมะเร็ง และอาจเกิดจากออนโคจีนิกไวรัส (oncogenic virus) ซึ่งมีโอกาสเกิดได้มากขึ้นถ้าเด็กมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือได้รับยากดภูมิคุ้มกันเป็นเวลานาน ทำให้ขาดความสามารถในการจดจำและทำลายออนโคจีนิกไวรัสหรือเซลล์มะเร็งต่อมน้ำเหลืองนอนฮอดกิน อาการที่พบมีหลายอาการที่เหมือนกับมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดฮอดกิน และมะเร็งเม็ดเลือดขาว อาการส่วนใหญ่มักเริ่มเป็นที่บริเวณช่องท้อง คอ กดไม่เจ็บ ต่อมน้ำเหลืองบริเวณกระดูกไหปลาร้า (clavicle) กระดูกเหนือไหปลาร้า (supra clavicle) โตโดยไม่ทราบสาเหตุ ก้อนจะโตเร็วใน 1-2 สัปดาห์ ก้อนจะแข็ง (พรทิพย์, 2555)

เนื้องอกชนิดร้ายแรง

เนื้องอกชนิดร้ายแรง (solid tumor) เป็นเนื้องอกที่เกิดจากเซลล์ใหม่ที่มีการเจริญเติบโตผิดปกติและมีการเปลี่ยนแปลงของดีเอ็นเอมากที่สุด เซลล์ใหม่นี้จะไม่ทำลายเซลล์เดิมโดยตรง แต่จะแย่งอาหารและออกซิเจนในเลือด เพื่อหล่อเลี้ยงให้เซลล์ใหม่เจริญเติบโตและคุกคามเข้าไปแทนที่จนเซลล์เดิมไม่สามารถอยู่ได้ (พรทิพย์, 2554; วิลาวรรณ, 2554) สำหรับเนื้องอกชนิดร้ายแรงที่พบบ่อยในเด็ก เช่น โรคมะเร็งของเซลล์ประสาท (neuroblastoma) เนื้องอกในสมอง (brain tumor) เนื้องอกของเซลล์กล้ามเนื้อลาย (rhabdomyosarcoma) เนื้องอกที่ไต (wilm's tumor) เป็นต้น อาการและการรักษาอาจจะมีความแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับตำแหน่งของเนื้องอกชนิดร้ายแรง (Mario & Fine, 2007)

การรักษาโรคมะเร็งในเด็ก

การรักษาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จะพิจารณาเลือกวิธีการรักษาโดยคำนึงถึงปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ชนิดของโรค อายุของเด็ก การพยากรณ์โรค เป้าหมายในการรักษา ซึ่งจะพิจารณาจากระยะของโรคมะเร็ง สภาพร่างกายของผู้ป่วยเด็กสามารถทนต่อการรักษาได้หรือไม่ ภาวะแทรกซ้อน ผลข้างเคียงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการรักษา (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) วิธีการรักษาโรคมะเร็งที่เลือกใช้ทั่วไป ได้แก่ การให้ยาเคมีบำบัด (chemotherapy) การฉายรังสี (radiation therapy) การผ่าตัด (surgery) นอกจากนี้ยังอาจมีการรักษาทางเลือก ได้แก่ การรักษาทางอิมมูโนวิทยา (immunotherapy) การเปลี่ยนถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) การรักษาเหล่านี้เพื่อทำลายเซลล์มะเร็ง การรักษามะเร็งในเด็กอาจเป็นวิธีการรักษาแบบเดี่ยวหรือแบบผสมผสาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการรักษาด้วยวิธีการรักษาแบบผสมผสาน (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) ดังนี้

1. เคมีบำบัด การให้เคมีบำบัด (chemotherapy) คือ การใช้ยาด้านมะเร็ง เพื่อรักษาโรคมะเร็ง ยาเคมีบำบัดจะไหลไปตามกระแสเลือดทั่วร่างกายเพื่อฆ่าเซลล์มะเร็งทุกแห่งในร่างกาย ไม่ว่าจะอยู่ตำแหน่งใด (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) มีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ผู้ป่วยหายจากโรคมะเร็งนั้นๆ เป็นการควบคุมโรค รักษาแบบประคับประคอง และเพื่อเป็นการรักษาเสริมกับการรักษาด้วยวิธีอื่น การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดเป็นการรักษาเฉพาะที่ให้ผลดี มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับมาก ในปัจจุบันการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดมีการนำยาเคมีบำบัดหลายชนิดมาใช้ร่วมกัน ทำให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมีพิษจากยาแต่ละชนิดน้อยลง ลดโอกาสที่จะดื้อยา ทำให้การรักษาได้ผลดียิ่งขึ้น

2. การฉายรังสี (radiation therapy) เป็นการใช้รังสีที่มีพลังงานสูงทำลายเซลล์มะเร็ง รังสีพุ่งตรงไปที่บริเวณที่เป็นมะเร็ง ขนาดของรังสีที่ใช้ขึ้นอยู่กับอายุของผู้ป่วยเด็ก ขนาดและชนิดของมะเร็ง การฉายรังสีเป็นการรักษาเฉพาะที่เช่นเดียวกับการผ่าตัด อาจให้การฉายรังสีก่อนการผ่าตัดเพื่อทำให้เนื้องอกหดตัวลง การฉายรังสีจะมีบทบาทมากที่สุดในการรักษามะเร็งในสมอง เนื่องจากไม่สามารถผ่าตัดเอาก้อนมะเร็งออกมาได้หมด จึงต้องใช้รังสีเพื่อลดการกลับมาเป็นโรคอีก (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552)

3. การผ่าตัด (surgery) เป็นการรักษาโดยการตัดก้อนมะเร็ง ไม่สามารถทำได้ทุกรายขึ้นอยู่กับระยะของโรค ขนาดของก้อนมะเร็ง ตำแหน่งและชนิดของมะเร็ง การผ่าตัดมีประโยชน์ในการรักษาเนื้องอกชนิดร้ายแรง เพื่อตัดก้อนเนื้องอกออกให้ได้มากที่สุดและให้มีอันตรายต่อการทำ

หน้าที่ของระบบประสาทน้อยที่สุด หรือเพื่อตัดชิ้นเนื้อมาตรวจวินิจฉัย ชนิดของเนื้องอก ขอบเขตและระยะของโรค ผลข้างเคียงของการผ่าตัด คือ ภาวะฉุกละหุกหลังผ่าตัด อาการปวดแผล เลือดออกและการติดเชื้อ โรคมะเร็งที่รักษาด้วยวิธีการผ่าตัด เช่น เนื้องอกในสมอง และเนื้องอกที่ไต (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552)

4. การรักษาทางอิมมูโนวิทยา (immunotherapy) เป็นการกระตุ้นให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกันต่อมะเร็ง โดยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทั่วไป ทำให้แมโครฟาจ (macrophage) หรือ ทีเซลล์ (T-cell) มีประสิทธิภาพในการทำลายมะเร็งมากยิ่งขึ้น กระตุ้นการสร้างและหลั่งลิมโฟไคด์ (lymphokine) ชนิดต่างๆหรือเป็นการกระตุ้นหรือสร้างภูมิคุ้มกันที่จำเพาะต่อมะเร็งแต่ละชนิด ทำโดยการฉีดแอนติบอดีที่มีคุณสมบัติในการทำลายเซลล์ที่จำเพาะต่อเซลล์มะเร็ง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการทำลายเซลล์มะเร็ง มักใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเรื้อรังชนิดไมอีลอยด์และมะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน เป็นต้น (พรทิพย์, 2555)

5. การปลูกถ่ายไขกระดูก (bone marrow transplantation) หรือการปลูกถ่ายสเต็มเซลล์หรือเซลล์ต้นกำเนิดเม็ดเลือด ในการรักษาแบบนี้ เซลล์เม็ดเลือดในไขกระดูกที่เป็นโรค ซึ่งเป็นแหล่งผลิตเซลล์เม็ดเลือดจะถูกกำจัดออก แล้วถูกแทนด้วยสเต็มเซลล์ ซึ่งจะเจริญเติบโตเป็นเซลล์ใหม่ที่แข็งแรงต่อไป การปลูกถ่ายไขกระดูกและสเต็มเซลล์มี 3 วิธี คือ การปลูกถ่ายจากเซลล์ของตนเอง (autologous transplant) การปลูกถ่ายจากเซลล์ของผู้อื่น (allogeneic transplant) และการปลูกถ่ายจากเซลล์ของฝาแฝด (syngeneic transplant) วิธีที่นิยมมากที่สุด คือ การปลูกถ่ายจากเซลล์ของตนเอง (autologous transplant) การรักษาด้วยวิธีนี้นิยมใช้ในการรักษาโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลันและเรื้อรัง มะเร็งต่อมน้ำเหลืองชนิดนอนฮอดกิน เนื้องอกชนิดร้ายแรงบางชนิด เป็นต้น (อิสรางค์และสุรพันธ์, 2552)

6. การรักษาด้วยฮอร์โมน (hormonal therapy) อาศัยการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนในการยับยั้งการเจริญเติบโตของเซลล์ เมื่อฮอร์โมนจับกับตัวรับฮอร์โมน (hormonal receptor) อาจมีการเปลี่ยนแปลงรูปร่างของโปรตีน เพื่อที่จะจับกับดีเอ็นเอ (DNA) ในขณะที่การให้ยาเคมีบำบัดจะออกฤทธิ์ในการทำลายเซลล์โดยตรง (พรทิพย์, 2555)

7. ยีนบำบัด (gene therapy) จากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ปกติที่กลายเป็นเซลล์มะเร็งพบว่าการขาดหายไปของยีน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของคุณสมบัติในการเจริญเติบโตและการทำงานของเซลล์ จึงมีเทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรม มาแก้ไขความผิดปกติของยีน ทำให้

สามารถยับยั้งหรือเปลี่ยนแปลงเซลล์มะเร็งได้ นอกจากนี้ยังสามารถประยุกต์ใช้กับการรักษามะเร็งวิธีอื่น ได้แก่ การใส่ยีนที่ทำให้เซลล์ไขกระดูกคือต่อยาเคมีบำบัด เพื่อที่เซลล์ไขกระดูกปกติจะไม่ได้รับผลจากเคมีบำบัด การใส่ยีนไซโตไคน์ (cytokine) ชนิดต่างๆ เข้าไปในเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน เพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันต้านโรคมะเร็ง เป็นต้น

ปัจจุบันการรักษาโรคมะเร็งในเด็กมีความเจริญก้าวหน้าและมีประสิทธิภาพที่ดีขึ้น โดยมีวิธีการรักษาโรคมะเร็งทั่วไปและยังมีวิธีการรักษาทางเลือก ซึ่งแนวทางการรักษามักจะใช้หลายวิธีร่วมกัน ช่วยทำให้อัตราการรอดชีวิตของเด็กโรคมะเร็งมีมากขึ้น เป้าหมายของการรักษา คือ ให้ผู้ป่วยเด็กหายขาดจากโรคมะเร็งหรือประคับประคองให้มีอายุที่ยืนยาวขึ้น ถึงแม้ว่าการรักษาโรคมะเร็ง จะให้ประสิทธิผลในการรักษาสูงแต่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งก็ต้องเผชิญหน้ากับผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยเช่นกัน ซึ่งผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและก่อให้เกิดความเครียดขึ้นได้ในผู้ดูแล

ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็กและผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตและก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทุกมิติของชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวหรือผู้ดูแลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอีกด้วย ดังนี้

ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก

ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็กแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เกิดจากโรคมะเร็งและจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด โรคมะเร็งทำให้การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กล่าช้าหรือหยุดชะงัก ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งจะมีร่างกายไม่สมวัยเนื่องจากอาหารถูกเซลล์มะเร็งแย่งไปเป็นส่วนใหญ่ ร่างกายเกิดอาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เนื่องจากขาดสารอาหารร่วมกับได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ การรับรสของอาหารไม่ดี เนื่องจากผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการเบื่ออาหาร มีอาการคลื่นไส้ อาเจียน (พูลสุข, 2554) โรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษานาน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอย่างมาก ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงและ

เกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงที่พบบ่อย (พูลสุข, 2554; พรทิพย์, 2555) ดังนี้

1) คลื่นไส้ อาเจียน เป็นอาการที่พบบ่อยที่สุดในผู้ป่วยที่ได้รับยาเคมีบำบัด อาจเกิดขึ้นภายใน 1-6 ชั่วโมงหลังได้รับยาเคมีบำบัดและอาจหายไปภายใน 24 ชั่วโมง ซึ่งเป็นอาการชนิดเฉียบพลัน

2) อาการเบื่ออาหาร เนื่องจากเคมีบำบัดมีฤทธิ์ต่อประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรสอาหารเปลี่ยนแปลงไป ความอยากอาหารจึงลดลงด้วย

3) เยื่อช่องปากอักเสบหรือปากอักเสบ การได้รับยาเคมีบำบัดจะทำให้เยื่อช่องปากแห้ง ซีด และมีเลือดออกง่าย เนื่องจากเนื้อเยื่อในช่องปากและเซลล์ในระบบทางเดินอาหารเป็นเซลล์ที่ไวต่อยาเคมีบำบัดมาก อาการนี้จะเกิดขึ้นภายใน 3-10 วันหลังได้รับยาเคมีบำบัด และจะกลับสู่ภาวะปกติภายในเวลา 7-14 วันหลังหยุดยา

4) อาการที่เกิดจากไขกระดูกถูกกด ยาเคมีบำบัดไปกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้การผลิตเม็ดเลือดต่างๆ ลดลง ทำให้มีไข้ และเกิดการติดเชื้อได้ง่าย อาจมีภาวะไข้และเม็ดเลือดขาวชนิดนิวโทรฟิลต่ำ (Febrile neutropenia) ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเกิดการติดเชื้อ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นหลังได้รับยาเคมีบำบัดแล้ว 10-14 วัน และเม็ดเลือดขาวจะค่อยๆ เพิ่มขึ้นภายใน 1-2 สัปดาห์ หลังจากหยุดให้ยาเคมีบำบัด การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง ส่งผลให้เกิดภาวะซีด เหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย เนื่องจากเนื้อเยื่อต่างๆ ของร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ เกิดภายหลังได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 7 วัน เกิดเลือดต่ำ ทำให้เลือดออกง่ายหยุดยาก พบจุดหรือจ้ำเลือดตามตัว เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน เกิดหลังได้รับยาเคมีบำบัดประมาณ 2 สัปดาห์

5) อาการผมร่วง เกิดจากการที่ผม ขนหรือรากผมมีความไวต่อยาเคมีบำบัด ทำให้มีการหลุดร่วงได้ง่าย อาการผมร่วงเกิดขึ้นเฉพาะในช่วงที่ได้รับยาเคมีอยู่ เมื่อหยุดยาแล้วผมจะงอกขึ้นใหม่ใน 8 สัปดาห์ นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังทำให้เกิดการระคายเคืองกับผิวหนัง เกิดอาการผิวหนังแห้ง คัน และหลุดลอก

6) ท้องผูก หรือ ท้องเดิน เนื่องจากเซลล์ของกระเพาะอาหารและลำไส้ถูกทำลาย เกิดการอักเสบ ทำให้เกิดท้องเดิน นอกจากนี้ยาเคมีบำบัดยังทำให้การเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลงเกิดอาการท้องผูกได้ง่าย

7) อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เนื่องจากฤทธิ์ของยาเคมีบำบัดต่อระบบกล้ามเนื้อและเส้นประสาท อาจเกิดอาการนานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน นอกจากนี้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งยังอาจมีอาการวิตกกังวล ความกลัวและความรู้สึกซึมเศร้าร่วมด้วย

2. ผลกระทบด้านจิตใจ ได้แก่

1) ความกลัว ความกลัวเป็นภาวะคุกคามทางด้านจิตใจ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมักจะกลัวการรักษาที่ทำให้ปวด กลัวว่าโรคที่เป็นอยู่จะรักษาไม่หาย (บุษกร, อุทัยวรรณ,

และพิสมัย, 2551) อีกทั้งผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งยังมีความกลัวเกี่ยวกับการกลับมาเป็นซ้ำของโรค เนื่องจากเคยมีประสบการณ์การรักษาและจากพยาธิสภาพของโรคที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

2) ภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องรักษาตัวในโรงพยาบาล ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ ขาดการควบคุมต่างๆในชีวิต ส่งผลให้เกิดความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจในควบคุมการทำกิจกรรมด้วยตนเอง ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอาจจะแยกตัว ไม่พูดคุย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่ร่าเริง ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีภาวะซึมเศร้าเกิดขึ้นได้ (สุชาติ, 2542; รวีวรรณ, 2545)

3) ความวิตกกังวล ผู้ป่วยเด็กจะกังวลว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นจะไม่หาย วิตกกังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา (บุษกรและคณะ, 2551)

4) ปวด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเป็นอย่างมาก (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) ความปวดอาจเกิดจากโรคมะเร็งหรือจากการรักษา เช่น การผ่าตัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด เป็นต้น

3. ผลกระทบด้านสังคม ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พบกับสิ่งแวดล้อมใหม่ ทำให้ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พრაจากบุคคลที่รักในครอบครัวและเพื่อน ทำให้มีสัมพันธภาพลดลง นอกจากนี้ยังต้องหยุดเรียนหรือขาดเรียนบ่อยๆ อาจจะมีปัญหาเกี่ยวกับปฏิกริยาของเพื่อนร่วมชั้นเรียน หรือกลับมาเรียนพร้อมกับสภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น ผอมร่วงหรือสูญเสียอวัยวะ (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณเป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงถึงภาวะสงบ มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง แต่เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เกิดความรู้สึกสงสัยในการเจ็บป่วยว่าทำไมต้องเกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งที่เป็นคนดีและทำความดีตลอด อาจเกิดความบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณและรู้สึกขัดแย้งในส่วนลึกของจิตใจ (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552)

การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็ก

การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งในเด็กแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคมและด้านจิตวิญญาณ

การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านร่างกาย

1. การจัดการด้านร่างกายอ่อนเพลีย เหนื่อยล้า ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการดังกล่าว การนอนหลับเต็มที่ในเวลากลางคืน และได้งีบหลับในเวลากลางวันทำให้อาการดีขึ้น จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ไม่มีเสียง แสงรบกวน ส่งเสริมการนอนหลับให้เพียงพอ ลดการเล่นที่ต้องออกแรงมาก

จัดให้ทำกิจกรรมที่อยู่กับที่ การได้พูดคุยหรือได้เล่นกับพี่น้องหรือเพื่อนที่มาเยี่ยม ทำให้เบี่ยงเบนความสนใจไปจากอาการเหนื่อยล้า ภาวะอ่อนเพลียบรรเทาลง (พรทิพย์, 2554)

2. การจัดการภาวะโภชนาการมีการเปลี่ยนแปลง แนะนำให้รับประทานอาหารที่ละน้อย แต่บ่อยครั้ง งดอาหารที่มีรสจัดและมีแก๊สมาก หลีกเลี่ยงอาหารที่มีกลิ่นแรง อาหารมัน ดื่มเครื่องดื่มที่เย็น ไม่หวานจัด เช่น น้ำผลไม้ เป็นต้น (พรทิพย์, 2554) แนะนำให้รับประทานอาหารเมื่อรู้สึกหิว ไม่ควรเร่งรีบในการรับประทานอาหาร

3. การติดเชื้อจากเม็ดเลือดขาวต่ำ แยกผู้ป่วยเด็กออกจากโรคติดเชื้อต่างๆ รักษาความสะอาดของร่างกาย ผิวหนัง ปาก ฟัน และอวัยวะสืบพันธุ์อยู่เสมอ ถ้ามีแผลในช่องปากหรือเยื่อช่องปากอักเสบ ให้บ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำเกลือ (พรทิพย์, 2554)

4. อาการของเกล็ดเลือดต่ำ ระวังการเกิดอุบัติเหตุ หลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุหกล้ม เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล เป็นต้น (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) หากสังเกตมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆ เช่น จุดจ้ำเลือด เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน ควรห้ามเลือดทันที ถ้าผู้ป่วยเด็กมีอาการปวดท้อง ปวดศีรษะ ตาพร่ามัว สับสน ซึมลง อาจมีเลือดออกในสมองหรืออวัยวะภายใน ควรแจ้งให้แพทย์ทราบทันที (พรทิพย์, 2554)

การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านจิตใจ

1. ความวิตกกังวล องค์ประกอบสำคัญที่ทำให้เกิดความวิตกกังวล 3 ประการ คือ

1) สัญลักษณ์ (symbols) ได้แก่ ความคิดเห็น มโนทัศน์ ค่านิยม ผู้ป่วยเด็กจะให้ความหมายของสัญลักษณ์เหล่านี้ทั้งต่อสิ่งภายนอกและภายในของตน เมื่อเกิดการคุกคามหรือสูญเสียสัญลักษณ์เหล่านี้ จะก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

2) การคาดการณ์ล่วงหน้า (anticipation) ประเมินหรือคาดการณ์ล่วงหน้าถึงสิ่งที่จะมาคุกคาม ทำให้เกิดความวิตกกังวล

3) ความไม่แน่นอน (uncertainty) ความคลุมเครือของเหตุการณ์ในอนาคต ไม่สามารถรู้ล่วงหน้าได้ ผู้ป่วยเด็กจะรู้สึกว่าเป็นการคุกคาม ก่อให้เกิดความวิตกกังวลขึ้นได้

การจัดการกับอาการวิตกกังวล ต้องประเมินให้ทราบว่าผู้ป่วยเด็กมีความกังวลเรื่องอะไร และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กได้ระบายความรู้สึก นึกคิด ความกลัวออกมา ในเรื่องที่สามารถอธิบายให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นก็ใช้วิธีการให้ข้อมูลที่เข้าใจได้ง่ายเหมาะสมกับวัยของผู้ป่วยเด็ก ไม่โกหก ให้คำอธิบายแก่บิดามารดา ให้เข้าใจถึงความรู้สึกของผู้ป่วยเด็กและช่วยปลอบโยนให้ผู้ป่วยเด็กคลายกังวลร่วมกับจัดกิจกรรม เพื่อเบี่ยงเบนความสนใจของเด็ก นอกจากนี้ยังอาจใช้วิธีการบำบัดเสริม เช่น การฝึกการผ่อนคลาย การสะกดจิต การใช้วิธี Story telling เป็นต้น (พูลสุข, 2554)

2. ความกลัว ความกลัวเกิดขึ้นกับผู้ป่วยเด็กได้ทุกราย ต้องวางแผนให้การดูแลที่เหมาะสมกับช่วยวัยของผู้ป่วยเด็ก เพื่อป้องกันการเกิดความคิดและพฤติกรรมทางลบ ซึ่งมีนวัตกรรมที่ให้เด็กชมภาพเคลื่อนไหว 3 มิติเหมือนจริง (animation) เรื่อง “เมื่อหนูตีमारियाเคมีบำบัด” เพื่อ

ช่วยลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด (วรภัทร, จินตนา, และ สุพรรณิ, 2550) และมีวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กที่มีความกลัวเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (กนกจันทร์, 2554) ดังนี้

1) การประเมินและการวินิจฉัยทางการแพทย์ โดยการประเมินความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วยเด็ก โดยถามคำถามปลายเปิด

2) การวางแผนและดำเนินการ เช่น

- จัดสิ่งแวดล้อม โดยการสร้างบรรยากาศให้มีลักษณะคล้ายๆบ้าน
- ห้องทำหัตถการหรือห้องตรวจรักษา ควรให้ผู้ป่วยเด็กได้สังเกต และอธิบายให้เข้าใจ จะทำให้ผู้ป่วยเด็กลดความกลัวในการทำหัตถการได้

- ให้การพยาบาลที่มีความเหมาะสมกับช่วงวัยของผู้ป่วยเด็ก เช่น เด็กวัยรุ่น ส่งเสริมความเป็นอิสระ ยืดหยุ่นกฎเกณฑ์ต่างๆ อธิบายและตอบทุกคำถามด้วยเหตุผลเชิงวิทยาศาสตร์

- ยืดหยุ่นเกี่ยวกับนโยบายของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีเวลาอยู่ด้วยกันมากขึ้น

3) ประเมินผล ทำการประเมินผลเป็นระยะ เพื่อให้ทราบความคิด ความรู้สึกกลัว เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการตอบสนองมากที่สุด

3. ความทุกข์ทรมาน แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านร่างกายและด้านจิตใจ (วิวรรณ จณาและคณะ, 2553)

ด้านร่างกาย การช่วยเหลือเพื่อลดความทุกข์ทรมานจากการรักษา ประเมินความพร้อมความสมบูรณ์ของร่างกายก่อนทำการรักษา เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กเกิดการผ่อนคลายในขณะที่ทำการรักษา

ด้านจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยเด็กรู้สึกถึงความปลอดภัย โดยการให้กำลังใจ สร้างบรรยากาศที่อบอุ่น ปลอดภัย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา

4. ภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลง แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยเด็กที่มีอาการผมรั้ง สามารถให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเด็กหรือครอบครัว เช่น พิจารณาตัดผมสั้นหรือโกนศีรษะก่อนที่จะมีอาการผมรั้ง แนะนำให้ใส่วิกผมหรือผ้าโพกศีรษะ ใช้แปรงขนอ่อนหวีผม หลีกเลี่ยงการหวีผมแรงๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังต้องมีการช่วยเหลือด้านจิตใจ โดยให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัวได้ระบายความรู้สึก โดยรับฟังอย่างตั้งใจ ให้กำลังใจ และอธิบายถึงผลข้างเคียงจากการรักษาให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจ

5. ปวด การรักษาเพื่อจัดการอาการปวด มี 2 วิธี คือ

1) วิธีการใช้ยา พยาบาลทำการประเมินระดับการปวดและพิจารณาให้ยา ระบุปวดตามแผนการรักษา

2) วิธีการไม่ใช้ยา สามารถใช้วิธีการบำบัดเสริมได้หลายวิธี เช่น การประคบร้อนหรือเย็นบริเวณที่มีอาการปวด เบี่ยงเบนความสนใจ ทำให้ผู้ป่วยเด็กหันไปสนใจสิ่งอื่นแทน เช่น การจ้องมองรูปภาพธรรมชาติ วัตถุ เป็นต้น ดนตรีบำบัด ลดการเคลื่อนไหวร่างกาย การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การนวดและการสัมผัส (พูลสุข, 2554)

การใช้การจัดการความปวดแบบไม่ใช้ยาควรมีการใช้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การจัดทำนอนศีรษะสูง บรรเทาอาการปวดแผลบริเวณหน้าท้อง ร่วมกับการหายใจลึกๆและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และจัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบสงบ ให้ผู้ป่วยเด็กสามารถหลับพักผ่อนได้ (พูลสุข, 2554)

การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านสังคม

การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพระหว่างพี่หรือน้องของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ดังนั้นจะต้องพูดคุยเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ป่วยอธิบายเรื่องโรค การรักษาและการดูแลเอาใจใส่ ให้พี่หรือน้องของผู้ป่วยเด็กเข้าใจและมีส่วนร่วมในการรักษาและการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง นอกจากนี้ยังมีปฏิสัมพันธ์กับโรงเรียนและเพื่อนร่วมชั้น จึงต้องให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งติดต่อกับเพื่อนๆ ขณะรับการรักษาที่โรงพยาบาลเพื่อคงความสัมพันธ์กับเพื่อนๆ ต่อไป (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552)

การจัดการผลกระทบของโรคมะเร็งด้านจิตวิญญาณ

เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งและครอบครัวได้อยู่ด้วยกันตามความต้องการ มีส่วนร่วมในการดูแล และเปิดโอกาสให้ได้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อ (พรทิพย์, 2554)

จะเห็นได้ว่าผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็กนั้นมีมากมาย ไม่ว่าจะเป็นผลข้างเคียงของเคมีบำบัด ความกลัว ความวิตกกังวล และความเจ็บปวดจากการรักษา ภาพลักษณ์การเข้าสังคมกับกลุ่มเพื่อน สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงกระทบต่อตัวผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งอีกด้วย เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษา การรักษาที่รุนแรง การสูญเสียมากมาย การเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ของครอบครัว และการปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อเด็กโรคมะเร็ง ดังนั้นจึงควรวางวิธีการจัดการผลกระทบที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

1. ผลกระทบด้านร่างกาย เมื่อบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้มีคนในครอบครัวบุคคลใดบุคคลหนึ่งจำเป็นต้องมาเฝ้าผู้ป่วยเด็กตลอดเวลา ทำให้ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ เช่น การนอนหลับพักผ่อน อ่อนเพลีย ร่างกายทรุดโทรม น้ำหนักลด และอาจเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้ อีกทั้งบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวอาจต้องทำงานหนักมากขึ้น (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) จาก

การศึกษาพบว่าผลกระทบทางลบด้านสุขภาพ เช่น มีความเครียดที่รุนแรง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด (Goldbeck, 2007)

2. ผลกระทบด้านจิตใจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็ก ก่อให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียดแก่สมาชิกในครอบครัว ต้องการปรับตัว การเผชิญความเครียด เป็นระยะตามสถานะของโรคและสภาพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง อาการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งซึ่งเป็นโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและคนในครอบครัว การดูแลในแต่ละวันเป็นภาระงานที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้ทักษะต่างๆ อาจรู้สึกถึงความยากลำบาก วิตกกังวล เครียด ไม่สบายใจ สงสาร กลัวเด็กเสียชีวิต จะเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีผลกระทบต่อด้านจิตใจผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (วิฐารณ, 2551) จากการศึกษาพบว่าผลกระทบทางลบด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คือ ความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กและการรักษา แต่ก็มีการศึกษาผลกระทบทางบวกด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คือ ความรู้สึกที่แข็งแกร่งและได้ใกล้ชิดกับเด็กโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆมากขึ้น (Goldbeck, 2007)

3. ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาเป็นเวลานาน ต้องให้เวลาในการดูแล ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งถูกแยกตัวจากสังคม กลุ่มเพื่อน และญาติพี่น้อง อาจส่งผลถึงความสัมพันธ์ของคู่สมรสด้วย เนื่องจากคนหนึ่งเฝ้าเด็กป่วยโรคมะเร็งที่โรงพยาบาล อีกคนหนึ่งเลี้ยงบุตรอีกคนหนึ่งอยู่บ้าน เมื่อมีปัญหาหรือเรื่องที่ต้องตัดสินใจ ทำให้ขาดความคิดหรือที่ปรึกษา อาจต้องตัดสินใจเพียงลำพัง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจด้วย เช่น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บุคคลใดบุคคลหนึ่งต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็กโรคมะเร็ง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่รายได้ของครอบครัวกลับลดลง (พูลสุข, 2554)

4. ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ เมื่อทราบว่าบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง บางครอบครัวก็จะแสวงหาสิ่งที่ดีว่าจะสามารถช่วยต่อชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็ก เช่น การรตน้ำมนต์ การใช้เวทมนต์คาถารวมทั้งไสยศาสตร์ต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ พยายามสร้างความสมดุลระหว่างความรู้สึกมั่นคงในจิตใจและความรู้สึกสูญเสีย ทั้งนี้ขึ้นกับบริบทแวดล้อม ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวด้วย (เกศณี, 2550)

ผลกระทบดังกล่าวเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลทั้งสิ้น รวมถึงภาระงานที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบตามบทบาทหน้าที่อีกด้วย

ความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการประสบความสำเร็จของการรักษา ทำให้เด็กโรคมะเร็งมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แต่เด็กโรคมะเร็งก็ยังคงเกี่ยวข้องกับความตาย การสูญเสียและความทรมาน ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ยาวนานในโรงพยาบาล การรักษาที่รุนแรง การสูญเสีย การเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ของครอบครัว และการปฏิบัติตัวในชีวิตประจำวัน ซึ่งเด็กโรคมะเร็งอยู่ภายใต้การรักษาที่ต้องจัดการกับการรุกรานภายใน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร ภาพลักษณ์ ความเจ็บปวดทางกาย ถูกแยกจากสมาชิกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความยากสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจึงจำเป็นต้องได้รับข้อมูลการรักษา การดูแลรักษาสุขภาพของเด็กโรคมะเร็ง การดูแลในกรณีเกิดผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด การปรับตัวกับภาวะสุขภาพใหม่ของเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเกิดความเครียดจากกระบวนการเหล่านี้ที่เกิดขึ้น (Eiser & Eiser, 2007; Klassen et al., 2007)

ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ช่วงเวลาที่เครียดมากที่สุด คือ ภายใน 24-48 ชั่วโมงของการวินิจฉัยครั้งแรก 1-2 เดือน หลังจากรักษา และเมื่อโรคมะเร็งเกิดซ้ำ (Goldbeck, 2007; Marsland et al., 2013) ประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ ปัญหาสุขภาพ ความทุกข์และความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการรักษา และความเครียดทางการเงิน (Long & Marsland, 2011) ความเครียดที่เกิดจะมีผลกระทบต่อผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จากรายงานพบว่าผลกระทบของความเครียดมีทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพกายและจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบทางบวกของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คือ ความรู้สึกที่แข็งแกร่งและใกล้ชิดกับเด็กโรคมะเร็งและสมาชิกในครอบครัวอื่นๆ ผลกระทบทางลบ คือ ความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กและการรักษา ผลกระทบทางลบด้านสุขภาพ เช่น ความเครียดที่รุนแรง ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ และน้ำหนักลด (Goldbeck, 2007; Trask et al., 2003) เมื่อพิจารณาผลกระทบจากความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ความสามารถในการเผชิญปัญหาของเด็กโรคมะเร็งขึ้นกับระดับความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง วิธีการเผชิญปัญหาของเด็กโรคมะเร็งได้รับอิทธิพลจากการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งด้วย จะเห็นได้ว่าความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลส่งผลต่อการเผชิญความเครียดของเด็กโรคมะเร็งด้วย การรักษาและสิ่งที่เป็นที่คาดหวังของเด็กโรคมะเร็ง สามารถลดความกลัวของการเจ็บปวดจากขั้นตอนการรักษา และสามารถช่วยให้เด็กโรคมะเร็งรับมือกับการเจ็บป่วยและการรักษาโรคมะเร็งได้ (Beltrao, Vasconcelos, Pontes, & Albuquerque, 2007)

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาความเครียดที่มีความสัมพันธ์กับการดูแล: ผลกระทบของเด็กโรคมะเร็งต่อชีวิตของบิดามารดา ของแอลวิส, กัวลาเดลและคิราชิม่า (Alves, Guirardell, & Kurashima, 2012) พบว่า ระดับความเครียดที่สูง จะถูกพบในบิดามารดาที่มีอายุน้อย เด็กป่วยที่มีอายุน้อย และระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่ที่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ความกลัวของการเสียชีวิตและผลกระทบของโรคกับชีวิตเด็ก เป็นเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดสำหรับบิดามารดา และการศึกษาของอีรินและคณะ (Erin et al., 2012) ได้ศึกษาแหล่งที่ก่อให้เกิดความเครียดของโรคมะเร็งสำหรับเด็กโรคมะเร็งและพ่อแม่ของเด็กโรคมะเร็ง พบว่า การได้รับข้อมูลการวินิจฉัยครั้งแรกและการกำเริบซ้ำของโรคมะเร็ง เป็นแหล่งของความเครียดมากที่สุด นอกจากนี้ยังพบว่าการให้การดูแลเด็กโรคมะเร็งก่อให้เกิดความเครียดมากกว่าการทำตามบทบาทหน้าที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเจนเทียร์และคณะ (Jantien et al., 2008) ทำการศึกษาการประเมินความเครียดของผู้ปกครองของเด็กโรคมะเร็ง พบว่า บิดามารดาแสดงออกของอาการทางอารมณ์ของความเครียดระดับมากและสูงที่สุดเมื่อได้รับฟังการวินิจฉัย แม้หลังสิ้นสุดการรักษา ความต้องการการดูแลยังอยู่ในระดับสูงหลังผ่านเหตุการณ์ที่รุนแรงในชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมที่น้อย เป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะพัฒนาก่อให้เกิดอารมณ์ความเครียดได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องพบกับความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง และความเครียดเกิดจากการได้รับการฟังการวินิจฉัยครั้งแรก การกลับมาเป็นซ้ำของโรค ความกลัวของการเสียชีวิตและผลกระทบของโรคกับชีวิตเด็ก ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดความเครียดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ความเครียดที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลกับโรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็งของเด็กโรคมะเร็ง ดังนั้นการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ปรับตัวกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นวิธีการที่ผู้ดูแลใช้เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น เพื่อที่จะจัดการกับความเครียดเหล่านั้น การเผชิญความเครียดมี 2 ลักษณะ คือ การมุ่งแก้ปัญหา (problem-focused coping) และการมุ่งปรับอารมณ์ (emotional-focused coping) บุคคลอาจใช้วิธีการเผชิญความเครียดได้ทั้งด้านการมุ่งแก้ปัญหาและการจัดการกับอารมณ์ อย่างไรก็ตามจากรายงานที่ผ่านมา จาโลวีส (Jalowiec, 1988) ได้นำแนวคิดทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวัดวิธีการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 วิธี คือ 1) การเผชิญหน้ากับปัญหา (confrontive coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในทางที่ดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือ

สิ่งแวดล้อม 2) การจัดการกับอารมณ์ (emotive coping) เป็นการระบายความรู้สึกนึกคิดในการจัดการกับอารมณ์ที่เกิดจากการเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดและ 3) การบรรเทาความรู้สึกเครียด (palliative coping) เป็นการเปลี่ยนแปลงการรับรู้เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นโดยไม่ได้เปลี่ยนที่เหตุการณ์ เพื่อเป็นการควบคุมเหตุการณ์ให้ความเครียดบรรเทาลง

การเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะส่งผลต่อการปรับตัวในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จากการศึกษาของเบวโทว์และคณะ (Beltrao et al., 2007) ทำการศึกษาเชิงคุณภาพของการรับรู้ของมารดาและกลวิธีสำหรับการเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการวินิจฉัยเมื่อทราบว่าลูกเป็นโรคมะเร็งใน 3 เรื่อง คือ 1) ทักษะคิดและความรู้สึกขณะรับฟังการวินิจฉัยโรค พบว่ามารดา รู้สึกอึ้ง ตกใจ เจ็บปวด ทุกข์ทรมานและรู้สึกผิดหวัง 2) การได้รับข้อมูล จะทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้และครอบครัวมีโอกาสในการเตรียมตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กพร้อมกับทีมสุขภาพ และต้องมีความเข้าใจและมีส่วนร่วมในสถานการณ์เพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถปกป้องเด็กได้ 3) การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและทีมสุขภาพจะช่วยให้รับมือกับโรคและผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคมได้ จากการทบทวนวรรณกรรม ทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) เป็นทฤษฎีหนึ่งที่ยอมรับใช้เป็นกรอบคิดในการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียด เช่น

ณชนก, ศุภร, และสุชिरา (2556) ได้ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษา ต่อมอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลัก จำนวน 62 ราย ผลการวิจัยพบว่า ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลของผู้ดูแลมี 2 ลักษณะ คือ 1) ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลโดยตรง ได้แก่ ความต้องการดูแลที่เกิดจากพยาธิสภาพของเนื้องอกสมอง การเผชิญกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย การเผชิญกับโอกาสสูญเสีย กังวลเกี่ยวกับความไม่แน่นอนของการรักษา และ 2) ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบด้านร่างกาย ผลกระทบด้านอารมณ์ จิตใจ การเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิต และผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคม ระดับความเครียดของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ

บุญมาศ (2550) ได้ทำการศึกษาความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคมและคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา ผลการวิจัยพบว่า ญาติผู้ดูแลมีความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลมี 2 ลักษณะ คือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลโดยตรง และสถานการณ์ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตญาติผู้ดูแล เมื่อเกิดความเครียดญาติผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้าน

ร่วมกัน โดยใช้การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด ญาติผู้ดูแลได้รับแรงสนับสนุนทางด้านอารมณ์และการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการมากที่สุดจากกลุ่มสมาชิกในครอบครัว สำหรับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสารญาติผู้ดูแลได้รับจากกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์มากที่สุด

สุภาวดี, ปิยาพร, มนรดา, อุบลวรรณ, และรพีพรรณ (2560) ได้ทำการศึกษาความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด ผลการวิจัยพบว่า มารดาที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งและได้รับยาเคมีบำบัดมีระดับความเครียดปานกลาง มีความหวังในระดับสูง และมีวิธีการเผชิญความเครียดเหมาะสมมาก โดยมารดาส่วนใหญ่มีวิธีการเผชิญความเครียดแบบมุ่งเน้นแก้ปัญหาอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ($\bar{x} = 38.97$) มากกว่ามุ่งแก้อารมณ์อยู่ในระดับเหมาะสมปานกลาง ($\bar{x} = 23.80$) เมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดในมารดาที่มีกลุ่มอายุ และระดับความหวังต่างกันพบว่า มารดาจะมีวิธีการเผชิญความเครียดแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อเปรียบเทียบกับตัวแปรอื่นไม่แตกต่างกัน

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวกับความเครียดและการเผชิญความเครียดดังที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ประเมินสถานการณ์ในการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นความเครียด โดยมีระดับความเครียดแตกต่างกันออกไป สถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลมี 2 ลักษณะคือ สถานการณ์ความเครียดที่เกิดจากการให้การดูแลโดยตรง และสถานการณ์ความเครียดจากผลกระทบต่อชีวิตผู้ดูแล และผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดทุกด้านร่วมกัน โดยใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

ปัจจัยที่มีผลหรือเกี่ยวข้องกับความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

การวินิจฉัยและการรักษาของโรคมะเร็งในเด็ก ปัจจุบันมีความท้าทายและเป็นแหล่งที่มาของความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง โรคมะเร็งและการรักษาโรคมะเร็งสามารถก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและครอบครัว ความเครียดที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องกับการปรับตัวของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกับโรคและการรักษาโรคมะเร็งของเด็กโรคมะเร็ง ประสบการณ์ของความเครียดเกี่ยวกับโรคมะเร็ง การให้ข้อมูลที่สำคัญเกี่ยวกับโรคมะเร็ง เป็นการปกป้องบุคคลจากความเสียหายสำหรับความทุกข์ทางด้านจิตใจ และการจัดการทางด้านจิตสังคมสามารถช่วยจัดการสาเหตุของความเครียดเหล่านี้ได้ (Kupst & Bingen, 2006)

มีการศึกษาจากหลายแหล่งที่ศึกษาความเครียดสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เช่น คาร์ซัคและบาร์ราเกต (Kazak & Barakat, 1997) วัดความเครียดโดยทั่วไปของการเลี้ยงดูจากผู้ดูแล

เด็กโรคมะเร็งในด้านต่างๆ และพบว่ามึระดับความเครียดที่สูง เกี่ยวข้องกับอาการความเครียด ภายหลังได้รับความกดดันทางด้านจิตใจ (posttraumatic stress symptoms) การศึกษาอื่นๆ มีการตรวจสอบแหล่งที่มาของความเครียดที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งโดยใช้ เครื่องมือ Pediatric Inventory for Parents (PIP) (Streisand, Braniecki, Tercyak, & Kazak, 2001) เครื่องมือนี้มี 4 ข้อหลักของแหล่งของความเครียด คือ 1) การดูแลเด็กที่เจ็บป่วยเรื้อรัง 2) การสื่อสารทางด้านอารมณ์ 3) การดูแลทางการแพทย์ และ 4) บทบาทหน้าที่ ในกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ระดับของความเครียดไม่แตกต่างกันในเพศของผู้ดูแล สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ของครอบครัว อย่างไรก็ตามระดับความเครียดมีความสัมพันธ์กับอายุของเด็ก โรคมะเร็ง ซึ่งสอดคล้องกับอีกหนึ่งการศึกษากับกลุ่มโรคมะเร็งในเด็กในประเทศเนเธอร์แลนด์พบว่า คะแนน PIP ที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับอายุของเด็กที่อายุน้อยกว่าและผู้ดูแลที่เป็นมารดามากกว่าบิดา (Vrijmoet-Wiersma et al., 2010)

จากผลการศึกษาจะเห็นได้ว่า อายุของเด็ก มีผลต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็ง ซึ่งจากการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยไม่ได้ควบคุมปัจจัยเรื่อง อายุของเด็ก เนื่องจากในการวิจัยเป็นการสุ่มกลุ่มตัวอย่างของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาล สงขลานครินทร์ โดยก่อนที่จะนำเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้วัดระดับความเครียดของกลุ่ม ตัวอย่างก่อนทุกครั้ง โดยทุกคนจะต้องมีความเครียดระดับปานกลางขึ้นไป จึงจะเข้ามาร่วมในการศึกษาครั้งนี้ได้

ความเครียดที่เกิดขึ้นส่งผลต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ซึ่ง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในการเผชิญความเครียดกับเด็กโรคมะเร็ง จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของผู้ดูแล เช่น

นฤมล, มณีรัตน์และเอมอร (2557) ทำการศึกษาปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญ ความเครียดของบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยเด็ก ผลการวิจัยพบว่า ความรู้สึกไม่แน่นอน ในการเจ็บป่วย ด้านความคลุมเครือเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สามารถทำนายวิธีการเผชิญความเครียด ด้านการเผชิญปัญหาได้ ร้อยละ 4 ($p < .01$) อายุและความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วย ด้านการ ขาดความชัดเจนของข้อมูล สามารถร่วมทำนายวิธีการเผชิญความเครียด ด้านการจัดการกับอารมณ์ ร้อยละ 10 ($p < .05$)

เสนงาม, สุกฉายา, ขอนตะวัน, และกันธวัง (Sen-Ngam, Suxachaya, Chontawan & Kantawang, 2007) ได้ทำการศึกษาปัจจัยทำนายการเผชิญความเครียดของมารดา เด็กป่วยโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า ผลการศึกษาพบว่า ภาวะสุขภาพของมารดา ($\beta = .36, p < .001$) แหล่งสนับสนุนทางสังคม ($\beta = .30, p < .01$) และความเครียดของมารดา ($\beta = .31, p < .01$) สามารถ ทำนายการเผชิญความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็งได้ร้อยละ 42

จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ความรู้สึกไม่แน่นอนในการเจ็บป่วยเกี่ยวกับความคลุมเครือของการเจ็บป่วยและการขาดความชัดเจนของข้อมูล และการสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยทำนายในการเผชิญความเครียดได้ การสนับสนุนทางสังคมเป็นการช่วยเหลือเพื่อประโยชน์ของบุคคลใน 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านสิ่งของและบริการ ซึ่งจะเป็นสิ่งที่จะช่วยประคับประคองจิตใจของบุคคลในสังคม เพื่อใช้จัดการกับความเครียด (Schaefer, Coyne, & Lazarus, 1981) ซึ่งการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลตามแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจะได้ช่วยกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น สมาชิกมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน พูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ข้อมูลข่าวสาร และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการเรียนรู้สิ่งต่างๆ นำไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ดังนั้นคาดว่าผลของการทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองอาจจะช่วยลดความเครียดและเพิ่มการเผชิญความเครียดได้

การประเมินความเครียด

การประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับมุมมอง และวัตถุประสงค์ในการศึกษาของผู้วิจัยแต่ละท่าน จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์วัดความเครียดของบิดามารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวของนันทพร (2548) สร้างจากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องและปรับปรุงดัดแปลงแบบสอบถามวัดระดับความเครียดของบิดามารดาเด็กออสติกของนาฏยพรรณ (2545) ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสัมภาษณ์และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษาและนำมาหาค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.72 แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วยคำถามเชิงบวก จำนวน 7 ข้อ ให้คะแนน 5 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด 4 หมายถึง เป็นความจริงมาก 3 หมายถึง เป็นความจริงปานกลาง 2 หมายถึง เป็นความจริงน้อย และ 1 หมายถึง เป็นความจริงน้อยที่สุด และคำถามเชิงลบ จำนวน 9 ข้อ ให้คะแนนเป็น 1 หมายถึง เป็นความจริงมากที่สุด 2 หมายถึง เป็นความจริงมาก 3 หมายถึง เป็นความจริงปานกลาง 4 หมายถึง เป็นความจริงน้อย และ 5 หมายถึง เป็นความจริงน้อยที่สุด การแปลความหมายของคะแนน 1.00 – 1.49 ระดับความเครียดมากที่สุด 1.50 – 2.49 ระดับความเครียดมาก 2.50 – 3.49 ระดับความเครียดปานกลาง 3.50 – 4.49 ระดับความเครียดน้อย 4.50 -5.00 ระดับความเครียดน้อยที่สุด

2. เครื่องมือแบบวัดความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัดด้วยเคมีบำบัดของสุณัฐดาและมัจฉรินทร์ (2556) ดัดแปลงมาจากเครื่องมือของศศิธร, พรรณรัตน์, พรเพ็ญ, นิชนันท์และธัญลักษณ์ (2544) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการบำบัด ประกอบด้วย คำถามปลายปิดมีทั้งหมด 20 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของบุตร จำนวน 11 ข้อ 2) ความเครียดที่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ และ 3) ความเครียดที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวน 4 ข้อ ลักษณะของคำตอบเป็นการประเมิน 4 ระดับ ได้แก่ มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด สามารถแปลผลคะแนนเฉลี่ยได้เป็น 4 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 1- 1.75 แปลว่า มีความเครียดน้อยที่สุด คะแนนเฉลี่ย 1.76-2.50 แปลว่า มีความเครียดน้อย คะแนนเฉลี่ย 2.51 - 3.25 แปลว่า มีความเครียดปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.26 - 4.00 แปลว่า มีความเครียดมาก ความเที่ยงคงที่ภายในของเครื่องมือ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficiency) เท่ากับ 0.75

3. เครื่องมือตรวจสอบความเครียดของพ่อแม่เด็กโรคมะเร็ง (The Pediatric Inventory for Parents) (Vrijmoet-Wiersma et al., 2010) ใช้วัดความเครียดของผู้ปกครองของเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง แบบสอบถามมี 4 ด้าน มีทั้งหมด 42 ข้อ เกี่ยวข้องกับ

ความเครียดของผู้ปกครองที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยที่รุนแรงของเด็ก 1) การสื่อสารกับเด็กและทีมสุขภาพ จำนวน 9 ข้อ 2) ความทุกข์ทางอารมณ์ จำนวน 15 ข้อ 3) การดูแลทางการแพทย์ จำนวน 8 ข้อ และ 4) บทบาทหน้าที่ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของคำตอบแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เลย และระดับ 5 หมายถึง มาก คะแนนที่สูงขึ้นบ่งบอกถึงความเครียดที่มาก ความสอดคล้องภายในของแบบสอบถามแต่ละด้านอยู่ในช่วง (internal consistency) $\alpha = 0.80 - 0.96$

4. เครื่องมือแบบสอบถามความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง (Stress Questionnaire-Pediatric Cancer Version) ของอีรินและคณะ (Erin et al., 2012) เป็นแบบสอบถามที่เกี่ยวข้องกับการก่อให้เกิดความเครียดของผู้ปกครองเด็กโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) บทบาทหน้าที่ในชีวิตประจำวัน (การจ่ายเงินและค่าใช้จ่ายของครอบครัว ความกังวลเกี่ยวกับงานของตนเองและคู่สมรส มีเวลาน้อยและพลังสำหรับลูกคนอื่นและคู่สมรส) 2) การสื่อสารเรื่องมะเร็ง (พูดคุยกับเด็กเกี่ยวกับมะเร็ง พูดคุยกับเด็กคนอื่น ครอบครัวและเพื่อนเกี่ยวกับมะเร็ง ทำความเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็งและการรักษาทางการแพทย์ การโต้เถียงกับเด็กเกี่ยวกับการกินยาและการรักษา) และ 3) การดูแลโรคมะเร็ง (ไม่สามารถช่วยเหลือเด็กให้รู้สึกดีขึ้น ผลกระทบของการรักษาของเด็ก ไม่ทราบว่าเมื่อไหร่เด็กจะดีขึ้น) ลักษณะของคำตอบแบ่งเป็น 4 ระดับ คือ ระดับ 1 หมายถึง ไม่เลย และระดับ 4 หมายถึง มาก ความสอดคล้องภายในของแต่ละด้านอยู่ในช่วง 0.68 - 0.75

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความคล้ายคลึงกัน เนื่องจากสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเกิดจากตัวเด็กโรคมะเร็ง และจากตัวผู้ดูแลเอง จึงทำให้เครื่องมือแต่ละเครื่องมือมีความคล้ายคลึงกันในข้อคำถาม ซึ่งผู้วิจัยแต่ละท่านที่ทำการศึกษาก็เลือกแบบสอบถามที่สอดคล้องกับงานวิจัยของตนเอง และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ได้เลือกเครื่องมือแบบวัดความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของสุณัฐดาและมัจจรินทร์ (2556) นำมาดัดแปลงและเพิ่มในบางข้อคำถาม ให้สอดคล้องกับงานวิจัยของตนเอง ผู้วิจัยได้ขออนุญาตเจ้าของเครื่องมือแล้ว

การประเมินการเผชิญความเครียด

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเผชิญความเครียด จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งในกลุ่มผู้ใหญ่ และผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เช่น

1. แบบวัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมองในระยะรอเข้ารับการรักษา (ณชนก, ศุภร, และสุชีรา, 2556) แบบวัดการเผชิญความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale: JCS) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 แปลเป็นภาษาไทยโดยปราณี (2542) ผ่านการตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธีการแปลย้อนกลับ (back-translation) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ ทั้งด้านภาษาไทยและภาษาอังกฤษ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 36 ข้อ แบ่ง การเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา จำนวน 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ จำนวน 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึก จำนวน 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยใช้วิธีนั้นเลย ให้ค่าคะแนน 1 คะแนน จนถึงใช้วิธีนั้นเกือบทุกครั้ง ให้ค่าคะแนน 5 คะแนน การคำนวณและการแปลผลค่า คะแนนสามารถทำได้ 2 วิธีคือ 1) การคำนวณคะแนน จริง (raw score) คะแนนมาก หมายถึงญาติผู้ดูแลใช้ การเผชิญความเครียดจากวิธีต่างๆ มาก และ 2) การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) คะแนน สัดส่วนด้านใดมาก หมายถึง ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญ ความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเปรียบเทียบกับด้านอื่นๆ โดยผู้วิจัยนำแบบวัดนี้ไปใช้กับกลุ่มญาติผู้ดูแล จำนวน 10 ราย และกลุ่มตัวอย่างจริง จำนวน 62 ราย มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค เท่ากับ .83 และ .76 ตามลำดับ

2. แบบวัดการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา (บุญมาศ, 2550) แบบวัดการเผชิญความเครียด พัฒนาโดยจาโลวีก (The Jalowiec Coping Scale) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 (Jalowiec, 1988) และถูกแปลเป็นภาษาไทยโดยนิตยา (2531) ประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญกับความเครียดและให้เลือกตอบความถี่ในการใช้วิธีการเผชิญความเครียดจำนวน 36 ข้อแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ (ข้อ 2, 5, 11, 15, 16, 17, 22, 27, 28, 29, 31, 32, 34) 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ (ข้อ 1, 6, 9, 12, 13, 19, 21, 23, 24) และ 3) ด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ (ข้อ 3, 4, 7, 8, 10, 14, 18, 20, 25, 26, 30, 33, 35, 36) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ต

5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นเกือบทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลผลทำได้ 2 วิธี คือ 1. การคำนวณคะแนนจริง (raw score) โดยการใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนที่เป็นได้โดยรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน ด้านการบรรเทาความเครียดอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนยิ่งมากหมายถึง ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดจากด้านนั้นๆ มาก 2. การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) เป็นคะแนนที่บอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้าน หาดด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้าน จะอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก แสดงถึง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆมาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ ผู้วิจัยได้นำแบบวัดนี้ไปทดสอบกับญาติผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 20 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมเท่ากับ .86 และด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด ได้เท่ากับ .81, .69 และ .64 ตามลำดับ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 65 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์โดยรวมและรายด้าน เท่ากับ .84, .76, .57 และ .74 ตามลำดับ

3. แบบสอบการเผชิญปัญหาของของบิดามารดา (The Coping Health Inventory for Parents) พัฒนาโดยแมคคัพบิน, แมคคัพบิน, เนวิน, และคอร์เบิล (McCubbin, McCubbin, Nevin, & Cauble, 1996) เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาภายในครอบครัวของบิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคซิสติก ไฟโบรซิส (Cystic fibrosis) และโรคเรื้อรังอื่นๆ เพื่อประเมินการรับรู้ของบิดามารดาในการใช้ประโยชน์จากพฤติกรรมการเผชิญความเครียดในการจัดการชีวิตภายในครอบครัวด้านไหนมากน้อยกว่ากัน พฤติกรรมการเผชิญความเครียด มีทั้งหมด 45 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 แบบแผนพฤติกรรม ดังนี้

1) การคงไว้ของพฤติกรรมความกลมเกลียว สามัคคี ช่วยเหลือค้ำจุน ภายในครอบครัวและการมองเหตุการณ์ไปในทางที่ดี จำนวน 16 ข้อ 2) การคงไว้ของพฤติกรรมสนับสนุนทางสังคม การนับถือตนเองและความมั่นคงทางจิตใจ จำนวน 18 ข้อ 3) ลักษณะของความเข้าใจในการรักษา โดยใช้วิธีการพูดคุยกับพ่อแม่ของเด็กป่วยคนอื่นๆ จำนวน 8 ข้อ แบบวัดนี้ได้รับบุพฤติกรรมต่างๆของพ่อแม่ ใช้ในการเผชิญปัญหามาเป็นแบบสอบถามให้บิดามารดาเลือกตอบว่าพฤติกรรมเหล่านี้

1) พฤติกรรมที่ระบุไว้มีประโยชน์ในการเผชิญปัญหามาก ปานกลาง น้อย หรือไม่มีประโยชน์เลย

2) ได้ใช้พฤติกรรมหรือไม่ใช้พฤติกรรม 3) ปฏิบัติพฤติกรรมไม่ได้ เครื่องมือนี้ได้ถูกแปลและดัดแปลงเป็นภาษาไทย และถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง เช่น เสนงาม, สุจฉายา, ขอนตะวัน, และกันธวัง (Sen-Ngam, Suxachaya, Chontawan, & Kantawang, 2007) ได้นำเครื่องมือนี้มาใช้ในการประเมินการจัดการกับความเครียดของมารดาเด็กป่วยโรคมะเร็ง และบุหงา (2553) ได้นำเครื่องมือนี้มาประเมินแบบแผนการเผชิญปัญหาของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวชนิดเฉียบพลัน อย่างไรก็ตามเครื่องมือนี้ใช้วัดพฤติกรรมการเผชิญปัญหาภายในครอบครัวของบิดามารดา ซึ่งในบางข้อคำถามไม่เหมาะในการนำมาใช้ประเมินการจัดการความเครียดของแม่ในการวิจัยครั้งนี้ เช่น ข้อที่ 41 ลักษณะคำถาม เป็นคำถามที่เป็นลักษณะของครอบครัว (พยายามสร้างความมั่นคงให้กับครอบครัว) เป็นต้น

4. แบบสอบถามการตอบสนองต่อความเครียด The Responses to Stress Questionnaire (RSQ) - Pediatric Cancer version ของอีริน, มาดีรีน, เท็ดดี, เคทริน, ซินเทีย, และบรูซ (Erin, Madeleine, Teddi, Kathryn, Cynthia, & Bruce, 2015) แบบสอบถามนี้ถูกปรับแต่งพิเศษเพื่อประเมินการเผชิญปัญหาของมารดาในการตอบสนองต่อการมีบุตรเป็นโรคมะเร็ง แบบสอบถามประกอบด้วย 57 ข้อ แบ่งลักษณะของคำตอบเป็น 4 ระดับ ใช้วิธีการเผชิญปัญหาต่างๆ เท่าไหร่จาก 0 หมายถึง ไม่เลย และ 4 หมายถึง มาก ในการตอบสนองต่อความเครียดของเด็กโรคมะเร็งรวมถึงบทบาทหน้าที่ การติดต่อสื่อสาร และการให้การดูแลเด็กโรคมะเร็ง การควบคุมการมีส่วนร่วมหลักในการเผชิญปัญหา (การแก้ปัญหา, การแสดงออกทางอารมณ์, การปรับอารมณ์) และการควบคุมการมีส่วนร่วมรองในการเผชิญปัญหา (การปรับความคิด, การคิดในแง่บวก, การยอมรับ, ความไว้วางใจ) ถูกนำมาใช้วิเคราะห์ในปัจจุบัน แบบสอบถามนี้แสดงให้เห็นว่ามีคุณสมบัติทางด้านจิตใจที่ดีกับผู้ใหญ่ ความสอดคล้องภายใน (Internal consistencies) สำหรับการควบคุมการมีส่วนร่วมหลักในการเผชิญปัญหา เท่ากับ .60 และการควบคุมการมีส่วนร่วมรองในการเผชิญปัญหา เท่ากับ .69

จะเห็นได้ว่าเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีหลากหลายรูปแบบ และในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยใช้กรอบแนวคิดความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซาลัสและฟอล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) จึงเลือกใช้เครื่องมือของบุญมาศ (2550) เป็นแบบวัดการเผชิญความเครียด พัฒนาโดยจาโลวิก

(The Jalowiec Coping Scale) ฉบับปรับปรุงปี ค.ศ. 1988 (Jalowiec, 1988) ซึ่งจาโลวียกสร้างเครื่องมือนี้โดยใช้กรอบแนวคิดของลาซาลัส เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้ในผู้ดูแลที่เป็นมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยจะศึกษามากที่สุด

แนวคิดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) เป็นวิธีการหนึ่งที่ใช้ในการช่วยเหลือบุคคลตามแนวคิดของแรงสนับสนุนทางสังคม โดยบุคคลที่ประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาความเครียดหรือภาวะวิกฤตมาแล้ว จะเป็นแบบอย่างแก่บุคคลที่มีปัญหาประเภทเดียวกัน อยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่คล้ายกัน (Corey & Corey, 1992) กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นกลุ่มที่จัดตั้งขึ้น เพื่อช่วยกันแก้ไขปัญหาของสมาชิกภายในกลุ่มโดยสมาชิกของกลุ่ม ซึ่งผู้ที่มีประสบการณ์ยอมเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด (Marram, 1978)

ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง หมายถึง การรวมกลุ่มโดยความสมัครใจของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน เพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือโดยวิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ทำให้สมาชิกในกลุ่มได้รับประโยชน์สูงสุด (Marram, 1978) นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายไว้ว่าเป็นการรวมตัวของผู้ที่มีประสบการณ์คล้ายๆกันด้วยความสมัครใจ เพื่อให้ความช่วยเหลือสนับสนุนกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาในชีวิตที่คล้ายๆกันให้บรรลุเป้าหมายเดียวกัน (ภัทรภรณ์, 2557) กลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นเป็นรูปแบบหนึ่งของการสนับสนุนทางสังคมที่เอื้อให้บุคคลได้ต่อสู้กับปัญหาของชีวิตซึ่งสามารถช่วยปกป้องบุคคลต่อความเครียดได้

กลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นการรวมกลุ่มเพื่อปรึกษาหารือกันในรูปแบบต่างๆ ตามวัตถุประสงค์ที่กลุ่มกำหนดขึ้น โดยใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน โดยเฉพาะบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาผ่านพ้นมาได้แล้ว จะช่วยแก้ปัญหาให้กับสมาชิกคนอื่นๆ (อรรรรณ, 2547)

ความหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเองข้างต้น สรุปได้ว่ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มที่เกิดจากการรวมตัวกันของบุคคลที่มีปัญหาคคล้ายคลึงกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์สนับสนุน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยกลุ่มบุคคลจะเป็นผู้กำหนดวัตถุประสงค์ และดำเนินการเข้า

ร่วมกิจกรรมกลุ่ม เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหา เพื่อนำมาปรับใช้หรือเป็นแนวทางให้กับตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองขึ้นให้กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีการซักถามหรือเสนอปัญหา และหาแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง สมาชิกในกลุ่มได้มีการช่วยเหลือกัน ให้กำลังใจ สนับสนุนซึ่งกันและกัน เพื่อเป็นแนวทางในการเผชิญหน้ากับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดระดับความเครียดจากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

จุดมุ่งหมายของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเองมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้สมาชิกกลุ่ม มีการแสดงบทบาท เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา ให้กลุ่มดำเนินกิจกรรมไปได้อย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ (ภัทรภรณ์, 2557) ดังนี้

1. ลดภาวะเครียดต่อปัญหาที่เกิดขึ้น โดยผ่านการให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น
2. ช่วยให้ผู้สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากความกลัว ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น ซึ่งกลุ่มจะช่วยปรับให้เหมาะสมได้
3. สมาชิกมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถปรับตัวต่อปัญหาทางกายจิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อมอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย
4. มีกำลังใจ และพร้อมที่จะเผชิญหน้ากับปัญหาหรือจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม โดยมีความรู้สึกว่าคุณเองไม่ได้ต่อสู้กับปัญหาเพียงลำพัง

รูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

รูปแบบกลุ่มช่วยเหลือตนเองโดยทั่วไปจะแบ่งเป็น 2 แบบ (สุนีย์, 2554) คือ

1. กลุ่มที่จัดขึ้นแบบเป็นทางการ เป็นกลุ่มที่กำหนดโครงสร้างของกลุ่มไว้อย่างชัดเจน มีการตั้งจุดมุ่งหมายและกำหนดโครงสร้างไว้อย่างชัดเจน มีเจ้าหน้าที่ประจำ กรรมการบริหาร และวิธีดำเนินงานอย่างชัดเจน มีการตีพิมพ์ข่าวสารของสมาชิก มีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม มีรูปแบบในการประชุม
2. กลุ่มที่จัดตั้งขึ้นอย่างไม่เป็นทางการ เป็นกลุ่มที่ไม่มีการกำหนดลักษณะและโครงสร้างที่ชัดเจนเท่ากับกลุ่มที่เป็นทางการ เป็นการรวมตัวทางสังคมหรือกลุ่มเล็กๆมาแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์ส่วนบุคคล ซึ่งสมาชิกในกลุ่มอาจไม่ได้มาพบปะกันโดยตรงแต่อาจติดต่อสื่อสารกันทางโทรศัพท์ จดหมาย วิทยุ เทปบันทึกเสียง

ลักษณะการรับสมาชิกของกลุ่ม สามารถจำแนกได้ 2 ประเภท (สุวนีย์, 2554) คือ

1. กลุ่มปิด (closed group) คือ กลุ่มที่ไม่มีการเปิดรับสมาชิกใหม่ เป็นสมาชิกในกลุ่มเดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจนกระทั่งปิดกลุ่ม ข้อดีของกลุ่มลักษณะนี้ คือ สมาชิกในกลุ่มรู้จักคุ้นเคยกันดี ไม่จำเป็นต้องปรับตัวบ่อย กระบวนการของกลุ่มจะมีการพัฒนาและจะดำเนินไปเรื่อยๆ จะไม่ถูกขัดจังหวะ

2. กลุ่มเปิด (opened group) คือ กลุ่มที่เริ่มต้นด้วยสมาชิกจำนวนหนึ่ง มีสมาชิกบางคนออกไป ทำให้สมาชิกในกลุ่มน้อยเกินไป ก็จะรับสมาชิกเข้ามาอีกระหว่างกลางคัน ซึ่งการเปิดรับสมาชิกใหม่จะส่งผลให้กลุ่มได้ประโยชน์ในการเพิ่มปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ได้มองโลกในหลากหลายแง่มุมจากการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

โครงสร้างของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

1. ขนาดของกลุ่ม การกำหนดสมาชิกของกลุ่มขึ้นกับวัตถุประสงค์ของกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มไม่ควรมีมากหรือน้อยเกินไป หากกลุ่มมีขนาดใหญ่เกินไป จะทำให้มีเวลาในการทำกลุ่มน้อย สมาชิกมีโอกาสได้พูดหรือแสดงความคิดเห็นน้อย ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในกลุ่มน้อยและอาจก่อให้เกิดกลุ่มย่อยได้ ส่วนกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยเกินไป จะทำให้สมาชิกเกิดความอึดอัด วิตกกังวลในการเข้ากลุ่มเพิ่มมากขึ้นและถอนตัวออกจากกลุ่มในที่สุด โดยกลุ่มที่มีความเหมาะสม มาร์แรม (1978) กล่าวว่า กลุ่มควรมีสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คน แต่ไม่ควรเกิน 20 คน

2. สถานที่และเวลาในการทำกลุ่ม สถานที่ในการจัดทำกลุ่มควรเป็นสัดส่วน เงียบสงบ ไม่มีเสียง และมีบรรยากาศที่ดี ควรจัดให้สมาชิกกลุ่มและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลม เพราะการนั่งเป็นวงกลมถือเป็นการนั่งที่ดีที่สุด เพราะจะทำให้สมาชิกกลุ่มได้เห็นหน้าซึ่งกันและกัน (สุวนีย์, 2554) ควรกำหนดวันและเวลาที่แน่นอนสำหรับการทำกลุ่ม ต้องมีการเริ่มและสิ้นสุดให้ตรงเวลา ระยะเวลาที่ใช้ในการทำกลุ่มควรใช้ครั้งละประมาณ 1 - 1½ ชั่วโมง โดยความถี่ขึ้นอยู่กับเป้าหมายและความพร้อมของกลุ่ม (พนม, 2550)

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ (สุวนีย์, 2554; ภัทรภรณ์, 2557) ได้แก่

1. ระยะสร้างสัมพันธภาพในระยะแรก (initial phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคยกัน เพื่อทำความรู้จักกัน ช่วยให้สมาชิกรู้สึกปลอดภัย มีความมั่นคงทางจิตใจ รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในกลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลา 10-20 นาที

2. ระยะดำเนินการ (working phase) เป็นระยะที่กลุ่มเกิดความไว้วางใจ และมีความเชื่อมั่นมากขึ้น ส่งผลให้สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยและระบายความรู้สึก สมาชิกทุกคนได้ร่วมสนทนาถึงปัญหา รับฟังแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นๆ และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาให้เหมาะสมกับตนเอง ระยะนี้ใช้เวลา 40-50 นาที
3. ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่การดำเนินการกลุ่มยุติลง จะเป็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินการกลุ่ม รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ระยะนี้ใช้ระยะเวลา 10-20 นาที

บทบาทของผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม

บทบาทของผู้นำกลุ่ม

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่ทำให้กลุ่มสามารถทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ผู้นำกลุ่มอาจได้มาจากการเลือกของสมาชิกหรือหมุนเวียนกันทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญ ดังนี้ (ภัทรภรณ์, 2557)

1. สร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเอง ควบคุมบรรยากาศในกลุ่มไม่ให้ตึงเครียด มีความเป็นมิตร
2. ต้องรับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้
3. กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ช่วยกันแก้ไขร่วมกัน
4. ทำให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกว่าสมาชิกคนอื่นๆ เป็นเพื่อน

บทบาทของสมาชิกกลุ่ม

สมาชิกกลุ่มเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จของการทำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มที่ดีมีหน้าที่ ดังนี้ (ภัทรภรณ์, 2557)

1. รับฟังความคิดเห็นต่างๆ
2. พุดแบ่งปันประสบการณ์
3. ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
4. ช่วยสร้างบรรยากาศที่เหมาะสม ลดความตึงเครียดและการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม
5. กระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นเสนอความคิด เสนอแนะแนวทางการแก้ปัญหา
6. รักษาความลับซึ่งกันและกัน

บทบาทพยาบาลในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

พยาบาลมีบทบาทในการดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยพยาบาลจะมีหน้าที่ช่วยเหลือและสนับสนุน ดังนี้ (ภัทรารักษ์, 2557)

1. จัดหาสมาชิกของกลุ่ม ประสานงานกลุ่ม และเป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิกในการดำเนินการกลุ่มในระยะแรก
2. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และเตรียมตัวสมาชิกผู้ที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไป
3. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดหาและจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินการกลุ่ม
4. เป็นผู้ยืนยัน ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูล เพื่อให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง
5. กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม
6. ไม่เป็นผู้ตัดสินใจให้สมาชิกคนใดคนหนึ่งหรือกลุ่ม
7. เป็นสมาชิกกลุ่มและแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม
8. ประเมินผลการปรับตัว และความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

ผลของการใช้กลุ่มการช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่พบการศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด แต่พบงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลในกลุ่มโรคต่างๆ ดังนี้

ธนิดา, บุชกร, และมยุรี (2558) ได้ศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กวัยรุ่นโรคมะเร็ง ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตด้านจิตใจหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -12.01, p = 0.000$)

ประดิษฐา (2538) ได้ศึกษาผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา ผลการศึกษาพบว่า มารดากลุ่มที่เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับอิติรัตน์ (2539) ได้ทำการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของ

มารดาในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด สูงกว่ามารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < .01$) นอกจากนี้เคลลี (Kelly, 1981) ได้ทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในพ่อแม่ที่มีบุตรปัญญาอ่อนที่มีอายุ 3-10 ปี ภายหลังจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองพบว่า พ่อแม่มีพฤติกรรมในการดูแลบุตรดีกว่าก่อนการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = < .05$) และจากการศึกษาของแซนดร้า (Sandra, 2001) ได้ศึกษาผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง พบว่า มารดาเด็กกลุ่มที่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลบุตร หลังการเข้าร่วมกลุ่มสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และมารดากลุ่มที่ได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลบุตรสูงกว่ามารดากลุ่มที่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

นักรวรรณ (2545) ได้ทำการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย พบว่า มารดาในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความเครียดของการเป็นมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย เมื่อเปรียบเทียบกับมารดาที่บุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมียในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการสุขภาพตามปกติมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และยังพบว่าค่าเฉลี่ยผลต่างของคะแนนความเครียดของการเป็นมารดากลุ่มทดลองในระยะก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$)

มาร์ชแลนด์และคณะ (Marstrand et al., 2013) ศึกษาการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ โดยมีโปรแกรม Stress Management Intervention Connections to Coping Intervention Sessions ในส่วนของโปรแกรมมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับมะเร็ง ปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียด แหล่งในการช่วยเหลือ การเข้าถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ผักการผ่อนคลายการตอบสนองต่อความเครียด ให้พ่อแม่ที่มีบุตรเจ็บป่วยเรื้อรัง มาพูดคุยเกี่ยวกับประสบการณ์การเลี้ยงดูเด็กป่วยเรื้อรัง มุมมองของทักษะและการถกเถียงของการประยุกต์ของทักษะที่เฉพาะต่อสถานการณ์และความกังวล พบว่า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของการรับรู้ความเครียด (perceived stress)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวมาข้างต้นพบว่า มีการศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลในกลุ่มโรคต่างๆ เช่น โรคหอบหืด โรคธาลัสซีเมีย โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว โรคเรื้อรัง เป็นต้น ในด้านพฤติกรรมดูแลและด้านจิตใจ ดังนั้นการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง เป็นสิ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้ดูแลผู้ป่วย ซึ่งในการช่วยเหลือโดยการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองนั้นมีผลต่อการปรับตัว การเผชิญต่อความรู้สึกและปัญหาต่างๆในการดูแล ในแง่ของการช่วยลดระดับความเครียด ความวิตกกังวล อีกทั้งยังช่วยส่งเสริมพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยให้ดี

ขึ้น แต่ยังไม่พบการศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต่อความเครียดและการเผชิญความเครียด ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจนำแนวคิดการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาใช้ในการดูแลผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ที่ต้องเผชิญหน้ากับความเครียดซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลที่ยาวนานและการดูแลที่ดีสามารถป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือบรรเทาภาวะแทรกซ้อนได้ เพื่อเป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ที่ต้องเผชิญหน้ากับความเครียด เพื่อช่วยลดความเครียด และการเผชิญหน้ากับความเครียด ซึ่งช่วยให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีสุขภาพกายและใจที่ดีส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

สรุปการทบทวนวรรณคดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ต้องพบกับความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ช่วงเวลาที่เครียดมากที่สุด คือ ภายใน 24-48 ชั่วโมงของการวินิจฉัยครั้งแรก 1-2 เดือนหลังจากการรักษาและเมื่อโรคมะเร็งเกิดซ้ำ (Goldbeck, 2007; Marsland et al., 2013) ประสบการณ์ความเครียดของผู้ดูแลยังรวมถึงการเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ ปัญหาสุขภาพ ความกลัวของการเสียชีวิตและผลกระทบของโรคกับชีวิตเด็ก และความเครียดทางการเงิน (Long & Marsland, 2011) สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางด้านบวกและด้านลบต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ผลการศึกษาทำให้เห็นว่าผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่มีความเครียด จะเกิดผลกระทบทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะทางด้านจิตใจเป็นอย่างมาก จึงได้มีผู้ที่ทำแนวทางต่างๆ เพื่อช่วยเหลือในการลดความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เช่น สุนด์ภูดาและมัจจรินทร์ (2556) ทำการศึกษาผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาในผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง ผลการศึกษาพบว่า คะแนนความเครียดของผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็งหลังให้คำปรึกษาลดลงในทุกด้าน แต่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากการให้คำปรึกษาจากพยาบาลเพียงคนเดียว อาจมีวิธีการแก้ปัญหาด้านเดียว ซึ่งอาจไม่ตรงกับความต้องการของผู้ดูแล จึงทำให้หลังให้คำปรึกษาผลการศึกษาคะแนนความเครียดลดลงอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาโปรแกรมการเพิ่มทักษะในการแก้ปัญหาของมารดาเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยใหม่ของซาเลอและคณะ (Sahler et al., 2013) พบว่า 3 เดือนหลังจากได้รับการฝึกทักษะการแก้ปัญหา แสดงให้เห็นว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญในความเครียดหลังได้รับการบาดเจ็บ (post-traumatic stress) ส่วนมาร์ชแลนด์และคณะ (Marsland et al., 2013) ศึกษาการจัดการความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัย

ใหม่ พบว่า มีการลดลงอย่างมีนัยสำคัญของการรับรู้ความเครียด (perceived stress) แต่เนื่องจากโปรแกรมการจัดการความเครียดของมาร์ชแลนด์และคณะ ผู้ให้โปรแกรมเป็นนักจิตวิทยา ซึ่งผู้วิจัยจะต้องมีความรู้ทางจิตวิทยา อีกทั้งเป็นการศึกษาในต่างประเทศ ซึ่งอาจมีความแตกต่างของปัญหาที่เป็นสาเหตุของความเครียดแตกต่างกับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดในประเทศไทย

นอกจากนี้ยังมีศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในการช่วยลดความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานหลายปี จากการศึกษานักสรวรรณและจินตนา (2547) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็ง พบว่า มารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความเครียดของการเป็นมารดาลดลงภายหลังการทดลองมากกว่า มารดากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โรคมะเร็งเป็นโรคร้ายชนิดหนึ่งที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและยาวนานหลายปี ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเกิดความเครียดขึ้นได้จากการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง และการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่มีประสิทธิภาพจะส่งผลต่อการปรับตัวในการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

จะเห็นได้ว่า ทั้งการศึกษาในประเทศไทยและต่างประเทศ ยังไม่พบการศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนั้นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในการช่วยลดความเครียด คือวิธีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เนื่องจากเป็นรูปแบบการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง โดยเป็นการแสดงความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างบุคคลที่มีประสบการณ์และมีลักษณะคล้ายคลึงกันในกลุ่มของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ทำให้สามารถช่วยลดความเครียดต่อปัญหาที่มี เผชิญความเครียดต่อปัญหาต่างๆได้ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม รวมถึงอาจจะเป็นวิธีการอย่างหนึ่งที่จะทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีความรู้ ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นจากประสบการณ์ของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งคนอื่นๆ ที่เคยผ่านประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งมาก่อน มีความรู้สึกผ่อนคลาย ลดความเครียด และความวิตกกังวลได้ และสามารถส่งเสริมให้เผชิญความเครียดและปัญหากับสิ่งต่างๆที่เปลี่ยนแปลงไปได้ ดังนั้นจึงคาดว่าการศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองน่าจะมีผลเหมาะสมในช่วยลดความเครียดและส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pre-post test control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่นำเด็กมารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่นำเด็กมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. ผู้ดูแลเด็กของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่เคยได้รับเคมีบำบัดอย่างน้อย 1 ครั้งและได้รับการวินิจฉัยไม่เกิน 6 เดือน
2. สามารถพูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และการได้ยินตามปกติ
3. มีคะแนนความเครียดตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปโดยประเมินจากแบบวัดความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด (สุนัญญาและมัจจรินทร์, 2556)

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria) คือ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง ในการศึกษาครั้งนี้มีกลุ่มตัวอย่างที่ถูกคัดออกจำนวน 4 คน เนื่องจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน จึงทำให้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองไม่ครบทั้ง 3 ครั้ง

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการหาขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุด คือ ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย (นภัสวรรณ, 2545)

งานวิจัยนี้ทำการศึกษาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย และทำการประเมินพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียด หลังจากได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง โดยคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) ด้วยโปรแกรม Statistics Calculators version 4 (Soper, 2006) โดยเลือกผลคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล เท่ากับ 4.46 (รายละเอียดตามภาคผนวก ก) จากนั้นนำไปแทนค่าในโปรแกรม Statistics Calculators version 4 (Soper, 2006) อีกครั้ง โดยกำหนด ค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 2 รายต่อกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 25 รายต่อกลุ่ม รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ราย เพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอ มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด โดยทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อนจนครบ แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลองจำนวน 25 คน เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

บริบทของสถานที่ศึกษา

หอผู้ป่วยเด็ก 2 เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยเด็กตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 15 ปี ที่มีความผิดปกติในกลุ่มระบบเลือด โรคมะเร็ง ระบบไต และ โรคระบบภูมิคุ้มกัน โดยกลุ่มโรคหลักที่เข้ามารับการรักษาเป็นอันดับแรก คือ โรคมะเร็งและระบบเลือด ได้แก่ เนื้องอกในระบบต่างๆ และ โรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว เป็นต้น มีเตียงทั้งหมด 28 เตียง มีห้องแยก 2 ห้อง สำหรับบุคลากรจะประกอบไปด้วย อาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับระบบโลหิตวิทยา จำนวน 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 21 คน โดยไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านเคมีบำบัดในเด็ก แพทย์จะเป็นผู้ให้ยาเคมีบำบัดแก่ผู้ป่วยเด็กและมีทีมพยาบาลเป็นผู้ช่วย ซึ่งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยมีหน้าที่ดูแลขณะให้ยาเคมีบำบัด โดยให้ความรู้เกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดและวิธีการดูแลผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดที่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งได้รับในแต่ละครั้ง ภายในหอผู้ป่วยประกอบด้วยห้องให้คำปรึกษา เพื่อให้การดูแลกรณีเด็กและผู้ปกครองที่มีภาวะเครียด ห้องเรียน ห้องเล่น สำหรับไว้ให้เด็กได้เรียนรู้และจัดกิจกรรมการเล่น เพื่อลดความเครียดและความเบื่อหน่ายขณะอยู่โรงพยาบาล รวมทั้งห้องดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง (palliative care) ไว้สำหรับผู้ป่วยเด็กที่ต้องรักษาแบบประคับประคอง และทุกวันช่วงเช้าหรือช่วงบ่าย จะมีการจัดกิจกรรมสันทนาการให้แก่เด็กโรคมะเร็ง เช่น วาดรูป ระบายสี การร้องเพลง ปั่นดินน้ำมัน ทำขนม เป็นต้น ซึ่งผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมของเด็กโรคมะเร็งได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล (ภาคผนวก ข) เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน รายได้รวมของครอบครัว ความพอเพียงของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของเด็ก จำนวนบุตรทั้งหมด ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ประกอบด้วย เพศ อายุ ศาสนา ลำดับที่ของบุตร จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด การวินิจฉัยโรค

1.2 แบบวัดความเครียด ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบวัดความเครียดของผู้ปกครองผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดของสุณัฎฐาและมัจฉรินทร์ (2556) ซึ่งผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและปรับคำพูดเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ปรับคำพูดบางส่วนของข้อคำถามและเพิ่มข้อคำถาม 4 ข้อ ในส่วนของด้านความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็ง คือ ข้อ 11, 14, 15 และ 16 และข้อ 1 แยกคำถามออกเป็น 2 ข้อ ทำให้มีข้อคำถามเพิ่มขึ้นจากต้นฉบับเดิมทั้งหมด 5 ข้อ รวมทั้งหมด 25 ข้อ เพื่อให้เหมาะสมและครอบคลุมกับการวัดความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดที่ผู้วิจัยทำการศึกษา เครื่องมือวิจัยประกอบด้วย คำถามปลายปิด 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย ด้านที่ 1 ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 16 ข้อ ด้านที่ 2 ความเครียดที่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 5 ข้อและด้านที่ 3 ความเครียดที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวน 4 ข้อ คะแนนโดยรวมต่ำสุดถึงสูงสุด คือ 25 ถึง 100 คะแนน ลักษณะของคำตอบมี 4 ระดับคะแนน คือ มาก ปานกลาง น้อย และน้อยที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนน

มาก	ให้	4 คะแนน
ปานกลาง	ให้	3 คะแนน
น้อย	ให้	2 คะแนน
น้อยที่สุด	ให้	1 คะแนน

แบ่งระดับการประเมินความเครียด โดยใช้อันตรายภาคขั้นแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

25-50 คะแนน แปลว่า มีความเครียดระดับน้อย

51-75 คะแนน แปลว่า มีความเครียดระดับปานกลาง

76-100 คะแนน แปลว่า มีความเครียดระดับมาก

1.3 แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ดัดแปลงจากแบบวัดวิธีการเผชิญความเครียดของบุญมาศ (2550) โดยผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ใช้เครื่องมือและปรับคำพูดเพื่อให้เหมาะสมกับงานวิจัย โดยผู้วิจัยได้ปรับคำพูดบางส่วนเพื่อให้ข้อความตรงกับด้านนั้นๆ มากที่สุด เช่น ข้อ 2 ถกปัญหากับผู้ที่เคยอยู่ในสถานการณ์เดียวกันมาก่อน ปรับเป็นพูดคุย ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง ข้อ 5 พยายามศึกษาสถานการณ์นั้นอย่างเอาใจใส่และตั้งใจ ปรับเป็นค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก เป็นต้น แบบสอบถามประกอบด้วยข้อความที่เป็นพฤติกรรมการเผชิญความเครียดและให้เลือกตอบความถี่ในการใช้วิธีการเผชิญความเครียด จำนวน 36 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ 1) ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา 13 ข้อ (ข้อ 1-13) 2) ด้านการจัดการกับอารมณ์ 9 ข้อ (ข้อ 14-22) และ 3) ด้านการบรรเทาความเครียด 14 ข้อ (ข้อ 23-36) ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเกิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ไม่ได้ใช้พฤติกรรมนั้นเลย ให้ 1 คะแนน จนถึงใช้พฤติกรรมนั้นทุกครั้งให้ 5 คะแนน การแปลผลทำได้ 2 วิธี คือ

1. การคำนวณคะแนนจริง (raw score) โดยการใช้คะแนนรวมของการเผชิญความเครียดที่ได้จากคะแนนรายข้อ คะแนนที่เป็นได้โดยรวมอยู่ระหว่าง 36-180 คะแนน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาอยู่ระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์อยู่ระหว่าง 9-45 คะแนน ด้านการบรรเทาความเครียดอยู่ระหว่าง 14-70 คะแนน คะแนนยิ่งมาก หมายถึง ผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดจากด้านนั้นๆ มาก

2. การคำนวณคะแนนสัมพัทธ์ (relative score) เป็นคะแนนที่บอกถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คำนวณโดยใช้ค่าเฉลี่ยของคะแนนรวมรายด้านหารด้วยผลรวมของค่าเฉลี่ยทุกด้าน เช่น ถ้าต้องการหาคะแนนสัมพัทธ์ของการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาสามารถคำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$CF = \frac{ME_{CF}}{ME_{CF} + ME_{EM} + ME_{PA}}$$

เมื่อ CF = คะแนนสัมพัทธ์ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
 ME_{CF} = ค่าเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา
 ME_{EM} = ค่าเฉลี่ยด้านการจัดการกับอารมณ์
 ME_{PA} = ค่าเฉลี่ยด้านการบรรเทาความเครียด

คะแนนสัมพัทธ์ในแต่ละด้านจะอยู่ระหว่าง 0-1 คะแนน คะแนนสัดส่วนด้านใดมาก แสดงถึง ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านนั้นๆ มาก เมื่อเทียบกับด้านอื่นๆ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นคู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการ ทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยหลักการและรายละเอียดของการทำกลุ่มในแต่ละครั้ง (ภาคผนวก ค) โดยครั้งแรกผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์และวัดความเครียดก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และเป็น ผู้นำกลุ่ม รวมทั้งเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่มตามความสมัครใจ ผู้วิจัยเป็นผู้สนับสนุนและเป็นแหล่งความรู้ทางวิชาการ ในแต่ละครั้งให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้เล่าประสบการณ์ ความรู้สึก และร่วมอภิปราย พร้อมทั้งร่วมกันแก้ไขปัญหาและในครั้งสุดท้ายเป็นการประเมินแบบวัด ความเครียดและการเผชิญความเครียดหลังเข้าร่วมกิจกรรม สำหรับการทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองมี ทั้งหมด 3 ครั้ง คือ

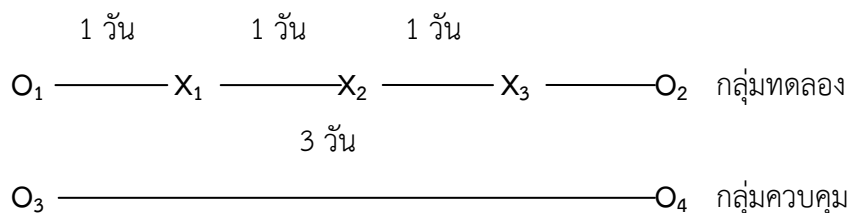
ครั้งที่ 1 การทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในหัวข้อเกี่ยวกับ “การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และ ความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต”

ครั้งที่ 2 การทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในหัวข้อเกี่ยวกับ “ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไข ปัญหา”

ครั้งที่ 3 การทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเองในหัวข้อเกี่ยวกับ “การดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบ ของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการดูแล และสรุปปัญหาและแนว ทางการแก้ไขปัญหา”

ระยะเวลาในการทำการกลุ่มแต่ละครั้ง 45-60 นาทีหรือตามความเหมาะสม สมาชิกกลุ่ม จำนวน 3 - 5 คน ซึ่งเป็นการเพิ่มโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด และเป็นกลุ่มเดิมตลอด ทั้ง 3 ครั้ง

ผังรูปแบบการวิจัย



เมื่อ O₁ หมายถึง ประเมินแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญ ความเครียดในกลุ่มทดลองก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือ ตนเอง

- X₁ หมายถึง การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1
- X₂ หมายถึง การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2
- X₃ หมายถึง การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3
- O₂ หมายถึง ประเมินแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญ
ความเครียดในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือ
ตนเอง
- O₃ หมายถึง ประเมินแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญ
ความเครียดในกลุ่มควบคุมก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ
- O₄ หมายถึง ประเมินแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญ
ความเครียดในกลุ่มควบคุมหลังได้รับการพยาบาลตามปกติใน
ช่วงเวลาเดียวกับการประเมินหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง
(O₂)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงเครื่องมือ (validity)

คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง รวมทั้งแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและความชัดเจนของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วยอาจารย์คณะพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพผู้ที่มีประสบการณ์และมีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 1 ท่าน และอาจารย์แพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญด้านโรคมะเร็งและโลหิตวิทยา จำนวน 1 ท่าน หลังจากนั้นผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ ให้มีความชัดเจนของเนื้อหาและความเหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ดังนี้

1. คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้เพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั้ง 3 หัวข้อ
2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ข้อ 7 เพิ่มคำอธิบายตามความหมาย ข้อ 11 ตัวเลือก เพียงพอ ให้เพิ่ม มีเหลือเก็บและไม่มีเหลือเก็บ และเพิ่มข้อความ ข้อที่ 10 รายได้รวมของครอบครัวและข้อที่ 12 การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วย

โรคมะเร็งของบุตร ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ข้อ 5 ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มวินิจฉัยจนถึงวันที่ทำการเก็บข้อมูล เปลี่ยนเป็นจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด

3. แบบวัดความเครียด ได้เพิ่มตัวอย่างและการแปลผลของแบบสอบถาม ปรับข้อความคำถามตามผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ข้อ 1 ได้แยกเป็น 2 ข้อคำถาม คือ 1) ฉันทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง 2) ฉันทราบถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยหรือการรักษาของเด็ก

ข้อ 10 ต้องดูแลลูกไม่ให้เล่นอะไรที่รุนแรงและทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมาก เปลี่ยนเป็นฉันต้องจำกัดกิจกรรมที่มีความรุนแรงหรือการเล่นผาดโผน เช่น การปั่นจักรยาน ปีนต้นไม้ เป็นต้น

ข้อ 11 ได้เพิ่มคำถาม ดังนี้ ฉันต้องเอาใจใส่เรื่องอาหารเป็นพิเศษ

4. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ได้เพิ่มตัวอย่างและการแปลผลของแบบสอบถามในส่วนของคำชี้แจงของแบบสอบถาม ปรับเกณฑ์ของแบบสอบถามจากเดิม บ่อยๆ เปลี่ยนเป็นเกือบทุกครั้ง และจากเดิมเกือบทุกครั้งเปลี่ยนเป็นทุกครั้ง และได้แบ่งแยกข้อความออกเป็นด้าน 3 ด้านให้ชัดเจน โดยของเดิมไม่มีการแบ่งเป็นด้าน ตามผู้ทรงคุณวุฒิ ดังนี้

ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ของเดิมมีทั้งหมด 13 ข้อ แต่ได้ย้ายคำถามข้อ 3 ระบายความเครียดด้วยการออกแรงหรือออกกำลังกาย ไปอยู่ในด้านการจัดการกับอารมณ์ เนื่องจากคำถามเกี่ยวกับด้านการจัดการกับอารมณ์ และได้เพิ่มคำถาม 1 ข้อ คือ ข้อ 13 แก้ปัญหาทีละอย่างเป็นขั้นตอน ดังนั้นคำถามด้านการจัดการกับอารมณ์ ยังคงมี 13 ข้อ

ด้านการจัดการกับอารมณ์ ของเดิมมีทั้งหมด 9 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับคำถามข้อ 1 กังวลใจ เป็น ระบายอารมณ์ ได้แก่ ฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น และคำถามข้อ 16 ปรับคำพูดจาก โกรธ สาบแช่ง สบถ สาบาน เป็น สาบแช่ง สบถ แสดงอารมณ์โกรธ ดังนั้นคำถามด้านการจัดการกับอารมณ์ ยังคงมี 9 ข้อ

ด้านการบรรเทาความเครียด ของเดิมมีทั้งหมด 14 ข้อ ผู้วิจัยได้ปรับคำถามข้อ 26 จากปล่อยให้คนอื่นแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์แทน เป็น เปลี่ยนความคิดโดยให้ผู้อื่นทำหรือจัดการแก้ไขปัญหาแทนตนเอง และคำถามข้อ 30 ปรับคำพูดจากรอเวลาให้สถานการณ์ดีขึ้นเอง เป็น ไม่ทำอะไรเลยโดยคิดว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง ดังนั้นคำถามด้านการบรรเทาความเครียด ยังคงมี 14 ข้อ

การแปลผลของแบบสอบถาม

การแปลผลของเดิม

ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยใช้วิธีนี้เลยตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีนี้นานๆ ครั้งตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย

เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีนี้เป็นบางครั้งตั้งแต่ผู้ป่วยเกิดการเจ็บป่วย
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีนี้บ่อยครั้งตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ใช้วิธีนี้เกือบทุกครั้งตั้งแต่เกิดการเจ็บป่วย
<i>การแปลผลของใหม่</i>		
ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลยในการจัดการกับความเครียด (0 ครั้ง/สัปดาห์)
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ้างเล็กน้อยหรือนานๆ ครั้งในการจัดการกับความเครียด (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ้างเพียงครั้งหนึ่งหรือเป็นบางครั้งในการจัดการกับความเครียด (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นส่วนมากหรือบ่อยครั้งในการจัดการกับความเครียด (5-6 ครั้ง/สัปดาห์)
ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นทุกครั้งในการจัดการกับความเครียด (7 ครั้ง/สัปดาห์)

การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดไปทดลองใช้ (try out) กับกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาจำนวน 24 ราย เพื่อทำการตรวจสอบความเข้าใจของภาษาในแบบสอบถามและหาค่าความเที่ยงของแบบวัดระดับความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด โดยการใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ .83 และ .78 ตามลำดับ เมื่อคิดค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเป็นรายด้านของเครื่องมือแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด พบว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ .84 ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .38 และด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .70 อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ต่ำกว่า .70 ดังนั้นผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดไปหาความเชื่อมั่นใหม่โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (test and retest method) เนื่องจากข้อคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นพฤติกรรมที่สามารถเกิดขึ้นซ้ำๆ กันได้ (ประสพชัย, 2557) โดยการทดลองใช้กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่

มีคุณสมบัติเช่นเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจะศึกษาอีกจำนวน 10 คน แล้วนำมาคำนวณด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันโดยรวมได้เท่ากับ .89 รายงาน เมื่อคิดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเป็นรายด้านของเครื่องมือแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ .77 ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .79 และด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .70

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ขั้นเตรียมการ

1. ภายหลังจากโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการของคณะพยาบาลศาสตร์ ผู้วิจัยได้ทำหนังสือผ่านคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์เพื่อขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย รายละเอียดเกี่ยวกับคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง และการรวบรวมข้อมูลการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากพยาบาลประจำหอผู้ป่วย
3. พยาบาลประจำหอผู้ป่วยเข้าหาผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เพื่อเชิญชวนให้เข้าร่วมการศึกษา
4. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือและความยินยอมจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งอีกครั้ง โดยผู้วิจัยได้อธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้สอบถามจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามใบพิทักษ์สิทธิการเข้าร่วมวิจัย

ขั้นดำเนินการ

1. กลุ่มควบคุม ดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ คือ ได้รับยาตามแผนการรักษา การดูแลช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ได้รับการทำหัตถการต่างๆ ตามแผนการรักษาของแพทย์ และการสอบถามอาการของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในแต่ละเวร จากพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเด็ก 2 ผู้วิจัยดำเนินการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการเข้าร่วมวิจัย และให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Pre - test) และนัดอีก 3 วัน เพื่อทำแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Post - test) ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดเดิมอีกครั้ง

2. กลุ่มทดลอง ดำเนินการดังนี้

กลุ่มทดลองเป็นกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกิจกรรมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ให้เป็นจำนวน 3 ครั้ง จะจัดเป็นระยะเวลา 3 วันต่อเนื่องกัน ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที สมาชิกในกลุ่มมีจำนวน 3-5 คนต่อกลุ่ม โดยการทำกลุ่มแต่ละครั้งสมาชิกกลุ่มจะเป็นสมาชิกเดิมทุกครั้ง ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มมาไม่ได้ จะดำเนินการกลุ่มต่อไปได้จะต้องมีจำนวนสมาชิกอย่างน้อย 3 คน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ในแต่ละครั้งของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีจำนวนสมาชิกเฉลี่ยกลุ่มละ 3 คน ถึง 5 คน การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองจัดทำขึ้นที่ห้องสหนาการของหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

ครั้งที่ 1 (วันที่ 1 ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 – 60 นาที)

- ผู้วิจัยเข้าร่วมกับสมาชิกกลุ่ม แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพโดยให้สมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกัน โดยการแนะนำชื่อ ชื่อแจงดตุประสงค์ในการทำกลุ่มครั้งแรก เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มทำความรู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน เกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต (ระยะเวลา 10 นาที)

- รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Pre - test) ระยะเวลา 10 - 15 นาที

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1 ซึ่งเรื่องที่น่ามาพูดคุยจะมีหัวข้อเกี่ยวกับ “ความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต” โดยผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม ให้สมาชิกในกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ระยะเวลา 30 – 35 นาที และนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป

ครั้งที่ 2 (วันที่ 2 ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 – 60 นาที)

- การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันเสนอปัญหา แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น ลดความเครียด ความไม่สบายใจ และนำข้อสรุปที่ได้จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปปรับใช้ เป็นแนวทางในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2 ซึ่งเรื่องที่น่ามาพูดคุยจะมีหัวข้อเกี่ยวกับ “ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น” โดยผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่ม ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะเวลา 30 – 35 นาที และนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมในวันถัดไป

ครั้งที่ 3 (วันที่ 3 ใช้เวลาทั้งสิ้น 45 – 60 นาที)

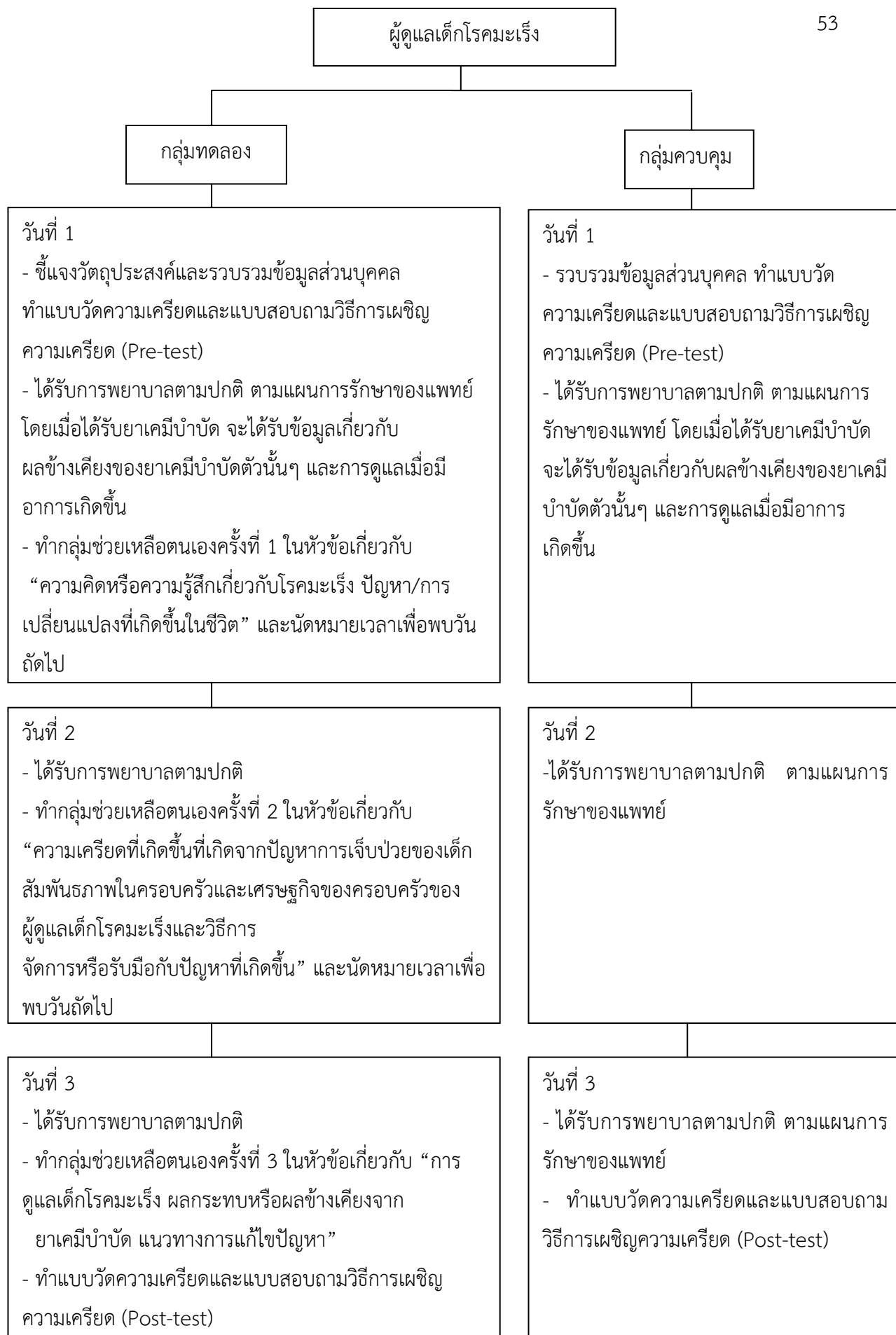
- การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อร่วมกันเสนอปัญหา แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการแก้ไขปัญหา ลดความเครียด ความไม่สบายใจ ทำให้สามารถดูแลเด็กโรคมะเร็งได้อย่างมั่นใจ สบายใจขึ้น และนำข้อสรุปที่ได้จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปปรับใช้ เป็นแนวทางในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง

- เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3 ซึ่งเรื่องที่จะนำมาพูดคุยจะมีหัวข้อ “การดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการดูแลและสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา” โดยผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเป็นผู้นำกลุ่ม ในการพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อที่จะได้หาแนวทางแก้ไขร่วมกัน ระยะเวลา 30 – 35 นาที

- ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งหลังจากที่ได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั้งหมด 3 ครั้ง ประโยชน์ ข้อดี/ข้อดี้อยจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

- ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งตอบแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Post - test) หลังเข้าร่วมกิจกรรม ระยะเวลา 10 - 15 นาที

แผนการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูลดังแสดงในภาพ 2



ภาพ 2. แผนการดำเนินการทดลองและเก็บข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์และคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมของคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่มอ 351.7.2/จร.1387 โดยผู้วิจัยได้จัดทำใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง (ภาคผนวก ง) แนบไปพร้อมกับแบบสอบถาม ผู้วิจัยประชาสัมพันธ์การทำวิจัยครั้งนี้โดยการพูดบอกกล่าวกับพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเพื่อให้ช่วยขอความร่วมมือจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในการเข้าร่วมการทำวิจัย จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง ขอความร่วมมือและความยินยอมจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งอีกครั้ง โดยที่ผู้วิจัยอธิบาย ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดของการทำวิจัย ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างอย่างชัดเจน และเปิดโอกาสให้สอบถามจนเป็นที่เข้าใจตรงกัน พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิการตอบรับหรือปฏิเสธได้ทุกขั้นตอนของการวิจัย โดยไม่มีผลใดๆต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับและผลการวิจัยนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยปกปิดชื่อและข้อมูลส่วนบุคคลไว้เป็นความลับ มีการลงทะเบียนเลขแทนชื่อ กลุ่มตัวอย่างถูกขอให้ทำตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 1 และ วันที่ 3 ของการวิจัย มีอิสระในการเลือกตอบแบบสอบถามตามการรับรู้ของตนเอง การศึกษาครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม กรณีที่กลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์อ่อนไหวด้านจิตใจ เช่น ร้องไห้ เป็นต้น กลุ่มตัวอย่างสามารถแจ้งผู้วิจัยขอนั่งนิ่งๆสงบอารมณ์หรือจะขอหยุดพักในการแสดงความคิดเห็นในการทำกลุ่มได้ ผู้วิจัยอยู่คอยช่วยเหลือโดยการปลอบ พูดให้กำลังใจจนกว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกดีขึ้นและสามารถกลับมาทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อไปได้ ในการศึกษาครั้งนี้พบกลุ่มตัวอย่างเกิดอารมณ์อ่อนไหวทางด้านจิตใจ 5 ราย คือ ร้องไห้ เกิดขึ้นขณะทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และผู้วิจัยได้ช่วยเหลือโดยการหยุดทำกลุ่มชั่วคราว ให้กระดาษทิชชูซับน้ำตา พูดปลอบใจ พูดให้กำลังใจ กลุ่มตัวอย่างที่ร้องไห้ จนกลุ่มตัวอย่างหยุดร้องไห้และมีความพร้อมในการกลับมาทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งสามารถดำเนินการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อไปได้จนเสร็จสิ้น การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลโดยตรงจากผู้วิจัยและลงนามยินดีเข้าร่วมการวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร และกลุ่มควบคุมมีสิทธิ์ที่จะได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเหมือนกับกลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดการทำวิจัย การศึกษาครั้งนี้ไม่มีกลุ่มควบคุมได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเหมือนกลุ่มทดลอง เนื่องจากไม่มีกลุ่มควบคุมคนใดขอทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลถูกวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปและกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับนามบัญญัติและเรียงอันดับ โดยใช้ค่าความถี่และค่าร้อยละ เปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (chi-square test) และส่วนข้อมูลระดับอันตรภาคและอัตราส่วน โดยใช้ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้สถิติทีอิสระ
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติทีคู่ (1-tailed, paired t-test)
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ก่อนและหลังเข้าการได้รับการพยาบาลตามปกติในกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียด ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติการทดสอบค่าทีอิสระ (independent t-test)
5. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
6. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมโดยใช้สถิติทีคู่ (Paired t-test)
7. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่นำเด็กมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 25 ราย และกลุ่มควบคุม 25 ราย ทำการศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึง เดือนกันยายน พ.ศ. 2560 ก่อนทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังภายในกลุ่มเดียวกันและระหว่างกลุ่มและคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของ 2 กลุ่ม ผู้วิจัยได้ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ พบว่า ไม่มีข้อขัดกับข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที่ (ภาคผนวก จ) ดังนั้นจึงขอนำเสนอผลการวิจัยและการอภิปรายผล แบ่งเป็น 2 ส่วน ตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
2. ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม
4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนสัมพันธวิธีวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 การอภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบไคสแควร์ พบว่า ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คือ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษา ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย สถานภาพสมรส ลักษณะครอบครัว ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง จนถึงปัจจุบัน รายได้รวมของครอบครัว ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว โรคประจำตัวของผู้ดูแล การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร และข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง คือ ศาสนา บุตรลำดับที่ จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด การวินิจฉัยโรค ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อทดสอบสถิติทีของข้อมูลอายุของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจำนวนบุตร พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และข้อมูลอายุของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตาราง 1 และ 2)

1. ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีจำนวนเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 92 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 33.7 ปี ($SD = 8.40$) และกลุ่มควบคุม 40.7 ปี ($SD = 10.30$) กลุ่มทดลองนับถือศาสนาอิสลามและศาสนาพุทธในสัดส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 52 และร้อยละ 48 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 60 จบการศึกษาตั้งแต่ประถมศึกษา – ปริญญาตรี กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้นและมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 24 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงจำนวนเท่ากัน ร้อยละ 28 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 24 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นมารดา (ร้อยละ 84 และ 76 ตามลำดับ) สถานภาพสมรสของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ อยู่เป็นคู่ (ร้อยละ 88 และ 84 ตามลำดับ)

ลักษณะครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 60 และ 68 ตามลำดับ) ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 90 วัน และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 60 วัน เช่นเดียวกับระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 90 วัน และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 60 วัน รายได้รวมของครอบครัว กลุ่มทดลองมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 9,000 บาท และกลุ่มควบคุมมีค่ามัธยฐาน เท่ากับ 25,000 บาท ซึ่งมีความไม่เพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 64 และ 56 ตามลำดับ) โรคประจำตัวของผู้ดูแลทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 84 และ 88 ตามลำดับ) การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ รับรู้ความรุนแรง (ร้อยละ 84 และ 88 ตามลำดับ) และจำนวนบุตรทั้งหมด กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 2.1 คน ($SD = 1.30$) และกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 2.7 คน ($SD = 1.30$)

2. ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองเป็นเพศหญิง ร้อยละ 64 และกลุ่มควบคุมเป็นเพศชาย ร้อยละ 80 อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง 5.84 ปี ($SD = 4.10$) และกลุ่มควบคุม 7.73 ปี ($SD = 4.16$) ศาสนาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งมีศาสนาเดียวกันกับผู้ดูแล ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 (ร้อยละ 44) ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 3 (ร้อยละ 44) จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด ในกลุ่มทดลองได้รับเคมีบำบัดจำนวน 2 ครั้ง (ร้อยละ 40) ในกลุ่มควบคุมได้รับเคมีบำบัดจำนวน 1 ครั้ง (ร้อยละ 36) การวินิจฉัยโรคในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ร้อยละ 48) ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวและมะเร็งต่อม้าน้ำเหลือง (ร้อยละ 32 เท่ากัน)

ตาราง 1

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และผลการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ของผู้ดูแลเด็ก
โรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n = 25)		กลุ่มควบคุม (n = 25)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ ^a					.00	1.000
หญิง	23	92	23	92		
ชาย	2	8	2	8		
อายุ					2.64	.011
ค่าเฉลี่ยของอายุ (ปี)	Mean = 33.70 (SD = 8.40)		Mean = 40.70 (SD = 10.30)			
	Min = 20, Max = 53, Skewness = 0.575, Kurtosis = -0.422 (Experimental)					
	Min = 20, Max = 60, Skewness = 1.420, Kurtosis = 0.568 (control)					
ศาสนา					.32	.570
พุทธ	12	48	15	60		
อิสลาม	13	52	10	40		
ระดับการศึกษา ^a					2.67	.615
ประถมศึกษา	8	32	7	28		
มัธยมศึกษาตอนต้น	6	24	3	12		
มัธยมศึกษาตอนปลาย	6	24	6	24		
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	2	8	2	8		
ปริญญาตรี	3	12	7	28		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ^a					.77	.869
มารดา	21	84	19	76		
บิดา	2	8	2	8		
อื่นๆ	2	8	4	16		
สถานภาพสมรส ^a					.36	.949
คู่	22	88	21	84		
หย่าร้าง	1	4	1	4		
หม้าย	1	4	2	8		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อื่นๆ	1	4	1	4		
ลักษณะครอบครัว					.08	.768
ครอบครัวเดี่ยว	15	60	17	68		
ครอบครัวขยาย	10	40	8	32		
ค่ามัธยฐานระยะเวลาในการดูแล	$Md = 90$		$Md = 60$			
เด็กป่วยโรคมะเร็ง (วัน)	$IQR (60,120)$		$IQR(30,120)$			
ค่ามัธยฐานระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่า	$Md = 90$		$Md = 60$			
เด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งจนถึง	$IQR (60,150)$		$IQR (12,150)$			
ปัจจุบัน (วัน)						
ค่ามัธยฐานรายได้รวมของ	$Md = 9000$		$Md = 25000$			
ครอบครัว (บาท)	$IQR (5000,15000)$		$IQR (9000,30000)$			
ความเพียงพอของรายได้					.33	.567
เพียงพอ	9	36	11	44		
ไม่เพียงพอ	16	64	14	56		
รายได้เพียงพอ ^b					.00	1.000
มีเหลือเก็บ	4	44.4	6	54.5		
ไม่มีเหลือเก็บ	5	55.6	5	45.5		
โรคประจำตัวของผู้ดูแล ^b					.00	1.000
มี	4	16	3	12		
ไม่มี	21	84	22	88		
การรับรู้ความรุนแรงของการ					.00	1.000
เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร ^b						
รุนแรง	21	84	22	88		
ไม่รุนแรง	4	16	3	12		

ตาราง 1 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนบุตรทั้งหมด (คน)	Mean = 2.10 ($SD = 1.30$)		Mean = 2.70 ($SD = 1.30$)		1.67	.102
Min = 0, Max = 5, Skewness = 1.196, Kurtosis = -0.497 (Experimental)						
Min = 0, Max = 6, Skewness = 1.521, Kurtosis = 1.567 (Control)						
^a Fisher's Exact Test, ^b Yate's Continuity Correction						

ตาราง 2

จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และผลการทดสอบไคสแควร์ (Chi-square) ของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					8.21	.004
หญิง	16	64	5	20		
ชาย	9	36	20	80		
อายุ					1.62	.112
ค่าเฉลี่ยของอายุ (ปี)	Mean = 5.84 ($SD = 4.10$)		Mean = 7.73 ($SD = 4.16$)			
Min = 1, Max = 14, Skewness = 1.78, Kurtosis = -0.383 (Experimental)						
Min = 1, Max = 14, Skewness = -0.043, Kurtosis = -1.376 (Control)						
ศาสนา					0.32	.570
พุทธ	12	48	15	60		
อิสลาม	13	52	10	40		
เป็นบุตรลำดับที่ ^a					8.78	.067
1	11	44	4	16		
2	7	28	9	36		
3	4	16	11	44		
4	1	4	1	4		

ตาราง 2 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)		χ^2	p
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
จำนวนครั้งของการ ได้รับเคมีบำบัด						
≥ 5	2	8	0	0		
1	2	8	9	36		
2	10	40	5	20	6.95	.139
3	1	4	2	8		
4	6	24	5	20		
≥ 5	6	24	4	16		
การวินิจฉัยโรค ^a					6.87	.143
มะเร็งเม็ดเลือดขาว	12	48	8	32		
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง	3	12	8	32		
มะเร็งสมอง	4	16	1	4		
มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ	0	0	2	8		
อื่นๆ	6	24	6	24		

^aFisher's Exact Test

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษา

1. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในวันที่ 3 ต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 5.75, p = .001; M = 70.60, SD = 9.93$ และ $M = 79.44, SD = 11.20$ ตามลำดับ) โดยความเครียดลดลงจากระดับมากก่อนการทดลองมาเป็นระดับปานกลางหลังการทดลอง (ตาราง 3)

ผลการวิจัยในกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดหลังได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 3 ไม่แตกต่างกันจากวันแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -0.44, p = .663$) โดยใน

วันแรกมีคะแนนเฉลี่ยความเครียด เท่ากับ 78.88 ($SD = 11.09$) และในวันที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดเพิ่มขึ้นเป็น 79.52 ($SD = 12.67$) แต่ยังคงอยู่ในระดับมากเหมือนเดิม (ตาราง 3)

ตาราง 3

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังได้รับการพยาบาลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

กลุ่ม	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
กลุ่มทดลอง	79.44	11.20	มาก	70.60	9.93	ปานกลาง	5.75	.001*
กลุ่มควบคุม	78.88	11.09	มาก	79.52	12.67	มาก	-0.44	.663

* $p < .01$

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.18$, $p = 0.859$; $M = 79.44$, $SD = 11.20$ และ $M = 78.88$, $SD = 11.09$ ตามลำดับ) โดยทั้ง 2 กลุ่มมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับมาก (ตาราง 4)

หลังการทดลองผลการวิจัย พบว่า ความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.77$, $p = .008$; $M = 70.60$, $SD = 9.93$; และ $M = 79.52$, $SD = 12.67$ ตามลำดับ) โดยกลุ่มทดลองมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลางและกลุ่มควบคุมมีความเครียดอยู่ในระดับมาก (ตาราง 4)

ตาราง 4

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับการพยาบาลโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

กลุ่ม	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม			t	p
	M	SD	ระดับ	M	SD	ระดับ		
ก่อนการทดลอง	79.44	11.20	มาก	78.88	11.09	มาก	0.18	.859
หลังการทดลอง	70.60	9.93	ปานกลาง	79.52	12.67	มาก	2.77	.008*

* $p < .01$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดโดยใช้สถิติทีคู่ ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -3.94, p = .001$) และอีก 2 ด้าน คือด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน ($t = .45, p = .650; t = -1.65, p = .112$ ตามลำดับ) และในกลุ่มควบคุม พบว่า วิธีการเผชิญความเครียด ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.05, p = .300; t = -1.31, p = .200; t = -.76, p = .453$ ตามลำดับ) (ตาราง 5)

ตาราง 5

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ก่อนการทดลองและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีคู่ (paired t-test)

วิธีการเผชิญ ความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				t	p	กลุ่มควบคุม (n = 25)				t	p
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง				ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
ด้านการเผชิญหน้า กับปัญหา	3.86	0.731	4.11	0.61	-3.94	.001*	3.58	0.83	3.65	0.92	-1.05	.300
ด้านการจัดการกับ อารมณ์	2.78	0.48	2.76	0.41	0.45	.650	2.59	0.40	2.66	0.43	-1.31	.200
ด้านการบรรเทา ความเครียด	3.29	0.59	3.43	0.46	-1.65	.112	3.05	0.67	3.10	0.70	-0.76	.453

* $p < .01$

4. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า ก่อนการทดลองคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด ไม่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.27, p = .208$; $t = -1.51, p = .138$; $t = -1.32, p = .193$ ตามลำดับ) (ตาราง 6) และหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.03, p = .048$) และอีก 2 ด้าน คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -.81, p = .42$; $t = -1.94, p = .059$ ตามลำดับ) (ตาราง 6)

ตาราง 6

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของวิธีการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติทีอิสระ (independent t-test)

วิธีการเผชิญ ความเครียด	ก่อนการทดลอง				t	p	หลังการทดลอง				t	p
	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม				กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม			
	M	SD	M	SD			M	SD	M	SD		
ด้านการเผชิญหน้า กับปัญหา	3.86	0.731	3.58	0.83	-1.27	.208	4.11	0.61	3.65	0.92	-2.03	.048*
ด้านการจัดการกับ อารมณ์	2.78	0.48	2.59	0.40	-1.51	.138	2.76	0.41	2.66	0.43	-.81	.420
ด้านการบรรเทา ความเครียด	3.29	0.59	3.05	0.67	-1.32	.193	3.43	0.46	3.10	0.70	-1.94	.059

* $p < .05$

5. ผลการเปรียบเทียบคะแนนสัมพัทธ์วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ของกลุ่มทดลองทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ (ตาราง 7) และเมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านของกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นอันดับแรก รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ (ตาราง 7)

ตาราง 7

เปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)		กลุ่มควบคุม ($n = 25$)	
	คะแนนสัมพัทธ์		คะแนนสัมพัทธ์	
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา	0.414	0.422	0.413	0.413
ด้านการจัดการกับอารมณ์	0.205	0.196	0.206	0.208
ด้านการบรรเทาความเครียด	0.379	0.380	0.379	0.377

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษาเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมและคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

2.2 เปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการณ์กับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง พบว่า ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และอายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอยู่ในช่วงอายุ 34 – 41 ปี จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ทั้งสองกลุ่มเป็นมารดาเนื่องจากบิดาต้องทำงานหาเลี้ยงครอบครัว ซึ่งสอดคล้องกับวัฒนธรรมหรือวิถีชีวิตของคนไทย มารดาจะเป็นผู้เลี้ยงดูบุตรมากกว่าบิดาโดยเฉพาะเวลาเจ็บป่วย (มธุสร, 2557) การนับถือศาสนา กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธและอิสลามใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 60) ในด้านการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 32 และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาและประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง (ปวส.) ร้อยละ 28 เท่ากัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในฐานะมารดา เนื่องจากส่วนใหญ่บิดาจะเป็นผู้ประกอบอาชีพในการหารายได้สำหรับเลี้ยงดูครอบครัว มีสถานะคู่ ลักษณะครอบครัวทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว สอดคล้องกับลักษณะครอบครัวของสังคมไทยในปัจจุบันที่ส่วนใหญ่เป็นครอบครัวเดี่ยว จำนวนบุตรทั้งหมด 2-3 คน ในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงของขนาดครอบครัวจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยวร่วมกับคนส่วนมากให้ความสำคัญกับการมีบุตรจำนวนน้อยเพียงครอบครัวละ 1-2 คน ต้องการให้บุตรได้รับการเลี้ยงดูอย่างดี เป็นเด็กที่มีคุณภาพ (ชาย, 2554) มีมีมาตรฐานของระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งและระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ 90 วัน และ 60 วัน ตามลำดับ ระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่วันที่

ทราบว่าเป็นโรคมะเร็งเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดมากที่สุดสำหรับบิดามารดา (Alves, Guirardell, & Kurashima, 2012)

สำหรับความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีรายได้ไม่เพียงพอ จากรายงานพบว่า รายได้ที่ไม่เพียงพอเป็นปัจจัยหนึ่ง ก่อให้เกิดความเครียดในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ และความไม่เพียงพอด้านการเงินเป็นปัจจัยเสี่ยงและ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอารมณ์และความเครียดขึ้นได้ (Jantien et al., 2008) อย่างไรก็ตามจากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ความเพียงพอของรายได้ไม่มีผลต่อตัวแปรที่ศึกษา สำหรับโรคประจำตัวของ ผู้ดูแล ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ พบว่า ไม่มีโรคประจำตัวและรับรู้ว่าการเจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งของบุตร มีความรุนแรง

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ยของกลุ่มทดลอง คือ 5.84 ปี กลุ่มควบคุม คือ 7.73 ปี ซึ่งเด็กที่มีอายุน้อยและมีปัญหาเป็นโรคมะเร็งจะเป็นสาเหตุหนึ่ง ก่อให้เกิดความเครียดใน ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ (Alves et al., 2012) การนับถือศาสนา กลุ่มทดลองนับถือศาสนาพุทธและ อิสลามใกล้เคียงกัน กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ นับถือศาสนาพุทธ ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 1 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นบุตรลำดับที่ 3 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วย โรคมะเร็งของทั้งสองกลุ่ม เจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งน้อยกว่า 1 ปี โดยหลังจากตรวจพบว่าเป็นโรคมะเร็ง ผู้ป่วยเด็กจะได้รับการตรวจหาชนิดของมะเร็งและระดับความรุนแรงของโรค เพื่อที่จะได้ทำการรักษา ที่เฉพาะเจาะจงขึ้น และในระยะนี้แพทย์จะให้การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดที่ต่อเนื่องกันเป็นเวลาหลาย วันติดต่อกัน (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) สำหรับจำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 2 ร้อยละ 40 และในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ได้รับเคมีบำบัดครั้งที่ 1 ร้อยละ 36 ซึ่งสูตรยาเคมีบำบัดเป็นการให้ยาเป็นระยะ และรอบการให้ยาโดยทั่วไปจะเป็น 3 หรือ 4 สัปดาห์ ใน 1 รอบ แต่อาจมีการให้ยามากกว่า 1 ครั้งแล้วแต่สูตรของการรักษา ในการให้ยาเคมีบำบัด แก่ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งครั้งแรก พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจะเกิดความเครียดและความกังวลเกิดขึ้น ได้ ซึ่งในครั้งต่อไป ก็ยังคงมีความเครียดเกิดขึ้นได้อีก เนื่องจากในแต่ละครั้งผลข้างเคียงจากยาเคมี บำบัด อาจมีความแตกต่างกันออกไป (อิศรางค์และสุรพันธ์, 2552) การวินิจฉัยโรคทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็น มะเร็งเม็ดเลือดขาวมากที่สุด ร้อยละ 48 และ 32 ตามลำดับ ซึ่งไม่ แตกต่างกับสถิติของสถาบันมะเร็งแห่งชาติล่าสุดปี 2557 พบว่าโรคมะเร็งที่พบมากที่สุด คือ มะเร็ง เม็ดเลือดขาว (สถาบันมะเร็งแห่งชาติ, 2557)

ส่วนที่ 2 ผลการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมและคะแนนเฉลี่ยความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ผู้ดูแลกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดลดลงอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 70.60, SD = 9.93$) เมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งอยู่ในระดับมาก ($M = 79.44, SD = 11.20$) และเมื่อเปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม พบว่า คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.77, p = .008$) การที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มทดลอง ซึ่งได้เข้ารับการทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง มีคะแนนเฉลี่ยความเครียดต่ำกว่าผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยสามารถอธิบายได้ว่า เมื่อกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมทำการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มทดลองได้พูดคุย แบ่งปันประสบการณ์กับผู้ดูแลคนอื่นๆ ในกลุ่ม ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีปัญหาประเภทเดียวกันกับผู้ดูแลและอยู่ในสภาพแวดล้อมหรือสังคมที่คล้ายกัน และประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาความเครียดหรือภาวะวิกฤตมาแล้ว ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีโอกาสดูแลเปลี่ยนแปลงความรู้และประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ตลอดจนสมาชิกในกลุ่มพูดคุยและช่วยกันแก้ไขปัญหา ซึ่งการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเช่นนี้ ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกล้าพูด กล้าที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน โดยไม่ต้องกลัวว่าสมาชิกในกลุ่มจะไม่เข้าใจ (Marram, 1978)

นอกจากนี้การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีเพื่อนมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ระบายความรู้สึกที่กังวล ช่วยลดความเครียด ได้พูดคุยซักถามปัญหาและช่วยแก้ปัญหาซึ่งกันและกัน และนำไปปรับใช้ในการดูแลบุตรของตนเอง ทำให้สบายใจและมีกำลังใจในการสู้กับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับบุตรของตน ทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นใจ ดังคำพูดที่แสดงถึงความรู้สึกและความคิดเห็นของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองที่ว่า

“ มีความรู้สึกดี ที่ได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง เพราะคิดว่าการทำกลุ่มมีประโยชน์และสามารถนำสิ่งที่ได้จากการทำกลุ่มไปปรับใช้ในการดูแลเด็กได้ ทำให้สบายใจช่วยลดความเครียดลงได้บ้าง ”

“ รู้สึกว่าอบอุ่นใจ ได้มาอยู่ในกลุ่มที่สมาชิกในกลุ่มมีปัญหาเหมือนกัน รู้สึกว่ามีเพื่อนที่มีปัญหาเหมือนกัน ได้พูดคุย ให้กำลังใจกัน คอยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้มีกำลังใจ
สู้ ”

“ เมื่อได้เข้าร่วมกลุ่มได้พูดคุยกับเพื่อนๆ ก็รู้สึกดีขึ้น จากที่เคยเครียด นั่งคิดไม่ตกอยู่คนเดียว เมื่อได้พูดคุยก็สบายใจขึ้น เหมือนได้ระบายสิ่งที่อยู่ในใจออกมา ”

อย่างไรก็ตามไม่พบการศึกษาการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับความเครียด แต่พบการศึกษาที่เทียบเคียงกับเด็กที่เป็นโรคเรื้อรัง คือ การศึกษาเกี่ยวกับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดของผู้ดูแลในกลุ่มโรคโครธาตัสซีเมีย (นภัสวรรณ, 2545) พบว่า คะแนนความเครียดของมารดาในกลุ่มที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองลดลงต่ำกว่าก่อนเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .000$) และจากการศึกษาผลการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความวิตกกังวลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว (ประดิษฐา, 2538) พบว่า มารดาในกลุ่มที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีความวิตกกังวลน้อยกว่ามารดาที่ไม่ได้เข้าร่วมการสนับสนุนภายในกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) จากผลการศึกษาข้างต้น ทำให้เห็นว่า การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีประโยชน์ช่วยให้ตนเองเกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ช่วยกันแก้ปัญหา เรียนรู้เกี่ยวกับวิธีการแก้ปัญหา เพื่อนำมาปรับใช้หรือเป็นแนวทางให้กับตนเอง ส่งผลให้ระดับความเครียดลดลงและเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

ในทางตรงกันข้าม กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน โดยคะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนการได้รับการพยาบาลตามปกติ อยู่ในระดับมาก ($M = 78.88, SD = 11.09$) และภายหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ คะแนนเฉลี่ยความเครียดอยู่ในระดับมากเท่าเดิม ($M = 79.52, SD = 12.67$) เนื่องจากการสังเกตพบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมักจะอยู่คนเดียวหรืออยู่กับเด็กโรคมะเร็งเท่านั้น ไม่ได้พูดคุยกับเพื่อนๆ ข้างเตียงหรือไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งคนอื่นๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ไม่ได้พูดคุย ระบายความรู้สึกเครียดของตนเอง (อรวรรณ, 2547) และการที่ต้องคอยดูแลเด็กโรคมะเร็งอย่างใกล้ชิด ทำให้ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ส่งผลให้เกิดความเครียดในการดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ รวมถึงกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจอีกด้วย นอกจากนี้ระเบียบการเฝ้าของญาติของหอผู้ป่วย อนุญาตให้ญาติเฝ้าได้เพียงเพียงละ

1 คน และในช่วงเวลากลางคืนผู้เฝ้าจะต้องเป็นผู้หญิง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเกิดความรู้สึกเหงา ไม่สามารถระบายความรู้สึกกับญาติหรือเพื่อนได้เมื่อมีปัญหาหรือข้อสงสัย อีกทั้งในช่วงแรกขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องเผชิญกับความเครียดต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคมะเร็ง ภัยคุกคามต่อชีวิตของเด็ก การเปลี่ยนแปลงของบทบาท หน้าที่และความรับผิดชอบ (Long & Marsland, 2011) การขาดความรู้และไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของครอบครัว สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง (Trask et al., 2003)

2. เปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด

จากผลการวิเคราะห์วิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เมื่อนำคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มาวิเคราะห์ความแตกต่างด้วยสถิติทีอิสระ (independent t-test) พบว่า หลังการทดลอง คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -2.03, p = .048$) และอีก 2 ด้าน คือ ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียด ไม่มีความแตกต่างกัน ($t = -.81, p = .42; t = -1.94, p = .059$ ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้านโดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นอันดับแรก รองลงมา คือด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ นั่นหมายความว่า หลังจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากกว่ากลุ่มควบคุม โดยผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มทดลองใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด

สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีเพื่อน มีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ดูแลคนอื่น ๆ ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกที่กังวลใจ ช่วยลดความเครียด ได้พูดคุยซักถามปัญหาและช่วยกันแก้ไขปัญหาสามารถนำข้อมูลและความรู้ที่ได้จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาปรับใช้เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ ในบางปัญหาที่ไม่อาจสามารถแก้ไขได้ ก็อาจจะหลีกเลี่ยงปัญหาเพื่อให้ร่างกายและจิตใจได้พัก ซึ่ง

หลังจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้วิธีการเผชิญปัญหาด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้มากที่สุดทุกครั้งที่ทำก่อนและหลังการทดลอง คือ ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น (ร้อยละ 60 และร้อยละ 56 ตามลำดับ) และปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 48 และร้อยละ 56 ตามลำดับ) (ภาคผนวก ฉ) ซึ่งการได้รับข้อมูลจะทำให้สามารถเผชิญปัญหาได้ดีขึ้นและครอบครัวมีโอกาสในการเตรียมตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กโรคมะเร็งร่วมกับทีมสุขภาพ (Beltrao et al., 2007) โดยเฉพาะการได้รับข้อมูลจากสมาชิกที่เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคมะเร็งเพื่อนำมาใช้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ดีขึ้น ทำให้สามารถปรับตัวกับสิ่งต่างๆที่ต้องเจอได้

วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลอง รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียด ซึ่ง 3 อันดับแรกก่อนและหลังการทดลอง คือ 1) ยอมรับความเป็นจริง (ร้อยละ 76 และร้อยละ 80 ตามลำดับ) เพิ่มขึ้น 4 % 2) ยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก (ร้อยละ 68 และร้อยละ 76 ตามลำดับ) เพิ่มขึ้น 8 % 3) หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น (ร้อยละ 56 และร้อยละ 60 ตามลำดับ) เพิ่มขึ้น 4 % (ภาคผนวก ฉ) จะเห็นได้ว่าหลังการทดลองผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้ด้านการบรรเทาความเครียดเพิ่มขึ้นประมาณ 4 - 8 % หลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองซึ่งเป็นผลจากการได้พูดคุยได้ข้อมูล ทำให้ยอมรับความเป็นจริงและนำมาปรับใช้ ทำให้ลดความเครียด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุญมาศ (2550) พบว่า วิธีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความเครียดที่ญาติผู้ดูแลใช้มากที่สุดคือ ยอมรับสถานการณ์ตามที่เป็นจริง และใช้ด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด ภายหลังการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเลือกใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์ คือ การพูดคุยกับคนอื่นมากที่สุด (ร้อยละ 44) (ภาคผนวก ฉ) เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้มีการพูดคุย ปรึกษาปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งร่วมกับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งคนอื่นๆ ทำให้บรรเทาความเครียดที่มีในจิตใจได้ ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด

ในทางตรงกันข้าม ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผลการวิจัย พบว่า ในวันที่ 3 กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา

ด้านการบรรเทาความเครียดและการจัดการกับอารมณ์ไม่แตกต่างจากวันแรก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.05, p = .300$; $t = -.76, p = .453$; $t = -1.31, p = .200$ ตามลำดับ) เมื่อเปรียบเทียบวิธีการเผชิญความเครียดทั้ง 3 ด้าน โดยใช้คะแนนสัมพัทธ์ ช่วงก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุม พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์น้อยที่สุด นั่นหมายความว่า หลังจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้รับการพยาบาลตามปกติ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งยังคงมีความเครียด และมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดเพียงลำพัง เนื่องจากผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมักจะอยู่คนเดียวหรืออยู่กับเด็กโรคมะเร็งเท่านั้น ไม่ได้พูดคุยกับเพื่อนๆ ข้างเตียงหรือไม่ได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งคนอื่นๆ ที่มีประสบการณ์คล้ายคลึงกัน ไม่ได้พูดคุย ระบายความรู้สึกเครียดของตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาไม่แตกต่างกันจากวันแรก โดยวิธีการเผชิญความเครียดวิธีการแรกที่ใช้มากที่สุด คือ การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ซึ่ง 2 อันดับแรกของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง คือ 1) ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กและปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 52) และ 2) ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น (ร้อยละ 40) และ 2 อันดับแรกหลังการทดลอง คือ 1) ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก (ร้อยละ 52) และ 2) ปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่และค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น (ร้อยละ 40) (ภาคผนวก ฉ)

สังเกตได้ว่าด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ทั้งก่อนและหลังการทดลองที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้ คือ ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็กและค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น ซึ่งทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีการใช้วิธีการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้นเหมือนกัน รองลงมา คือด้านการบรรเทาความเครียด อันดับแรกก่อนและหลังการทดลอง คือ หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น (ร้อยละ 64 และร้อยละ 72 ตามลำดับ) (ภาคผนวก ฉ) การมีความหวังว่าสิ่งต่างๆจะดีขึ้น ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีกำลังใจในการเผชิญหน้ากับเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กโรคมะเร็ง สำหรับด้านการจัดการกับอารมณ์ 2 อันดับแรกก่อนและหลังการทดลองเหมือนกัน คือ 1) เตรียมใจรับกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น (ร้อยละ 40 และร้อยละ 44 ตามลำดับ) 2) สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ (ร้อยละ 24 และร้อยละ 32 ตามลำดับ) (ภาคผนวก ฉ) อันดับแรกที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมใช้มากที่สุด คือ เตรียมใจรับ

กับสิ่งที้อาจจะเกิดขึ้น เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคเรื้อรังมีผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและคนในครอบครัว การดูแลในแต่ละวันเป็นภาระงานที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งต้องมีการปรับตัว ทำให้รู้สึกวิตกกังวล เครียด ไม่สบายใจ สงสาร กลัวเด็กเสียชีวิต ซึ่งมีผลกระทบต่อด้านจิตใจของผู้ดูแลเป็นอย่างมาก (วิฐารณ, 2551) ซึ่งการเตรียมใจรับกับสิ่งที้อาจจะเกิดขึ้นร่วมกับการสวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์ เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ดีในการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์

จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ โดยเฉพาะด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาที่ใช้แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และอีก 2 ด้าน มีแนวโน้มใช้เพิ่มขึ้น ซึ่งแต่ละด้านจะมีวิธีการในการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความเครียดและการเผชิญความเครียดของลาซารัสและโฟล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ที่กล่าวว่าบุคคลจะใช้การเผชิญความเครียดทั้งด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ผสมผสานกันมากขึ้นอยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่บุคคลนั้นเผชิญ รวมทั้งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ญาติผู้ดูแลใช้การเผชิญความเครียดในทุกๆ ด้าน (ศิริพรรณ, 2550) เมื่อพิจารณาคะแนนสัมพัทธ์ ซึ่งแสดงถึงสัดส่วนการใช้การเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในแต่ละด้าน พบว่า การเผชิญความเครียดที่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งใช้มากที่สุดคือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์เป็นด้านที่เลือกใช้น้อยที่สุด สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่าการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นวิธีการเผชิญความเครียดที่ญาติผู้ดูแลเลือกใช้มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด และด้านการจัดการกับอารมณ์ (ณชนก, ศุภร, และสุชีรา, 2556; บุญมาศ, 2550) ซึ่งการเผชิญหน้ากับปัญหาเป็นการกระทำที่มุ่งเน้นจะแก้ปัญหาโดยตรงเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษา พยายามหาแนวทางในการแก้ปัญหา จัดลำดับความสำคัญของปัญหา ปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและรูปแบบในการดำเนินชีวิตให้มีความสอดคล้อง เหมาะสมกับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีการคิดวางแผนล่วงหน้าสำหรับเหตุการณ์ที้อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ศึกษาในครั้งนี้ มีความต้องการในการช่วยเหลือในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ดังนั้นพยาบาลหรือญาติอาจต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น ส่วนการบรรเทาความเครียดเป็นวิธีการจัดการกับความเครียดเมื่อบุคคลไม่สามารถออกจากสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ บุคคลจะเรียนรู้และใช้ประสบการณ์การดูแลในช่วงระยะแรกของการดูแลผู้ป่วยเด็ก

โรคมะเร็ง ที่จะปรับตัวเพื่ออยู่กับสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้น ในขณะที่การจัดการกับอารมณ์ เป็นปฏิกิริยาของบุคคลที่ตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อลดหรือบรรเทา ความรู้สึกเครียด (นฤมล, มณีรัตน์, และเอมอร, 2557)

การศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า การจัดให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้มีการรวมกลุ่ม พุดคุยการ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีส่วนร่วมในการนำเสนอปัญหา และร่วมกันหา แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน การเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งมี เพื่อน มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ดูแลคนอื่นๆ ก่อให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็งได้ระบายความรู้สึกที่กังวล ช่วยลดความเครียด ได้พูดคุยซักถามปัญหาและช่วยแก้ปัญหาซึ่ง กันและกัน และนำไปปรับใช้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ทำให้สบายใจและมีกำลังใจในการสู้กับ เหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับเด็กโรคมะเร็ง ทำให้มีความรู้สึกอบอุ่นใจ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็ก โรคมะเร็งมีความเครียดลดลงและการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ดีขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบ 2 กลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two groups, pre – post test control group design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่นำเด็กมารับการรักษาที่หอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ.หาดใหญ่ จ.สงขลา จำนวน 50 ราย เป็นกลุ่มทดลองซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติและได้รับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง 25 ราย และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ 25 ราย เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ทำครั้งละ 3-5 คน ทำ 3 วันต่อเนื่องกัน ทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มทดลอง เพื่อป้องกันการปนเปื้อนของการทดลอง (contamination) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยคู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง และแบบสอบถามที่ใช้เก็บข้อมูล แบ่งเป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเครียด และแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด ผลการทดลองแบบวัดความเครียดได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .83 และหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดโดยวิธีการทดสอบซ้ำ ได้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันโดยรวมได้เท่ากับ .89 เมื่อคิดค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเป็นรายด้าน ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา เท่ากับ .77 ด้านการจัดการกับอารมณ์ เท่ากับ .79 และด้านการบรรเทาความเครียด เท่ากับ .70 ข้อมูลวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ผลการวิจัยสรุปได้ ดังนี้

1. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่าก่อนการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .001$)

2. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุมภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติในวันที่ 3 ไม่แตกต่างจากวันที่ 1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .663$)
3. คะแนนเฉลี่ยความเครียดก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.859$)
4. คะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .008$)
5. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ในกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($p = .001$)
6. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดหลังเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกับก่อนเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .650$ และ $p = .112$ ตามลำดับ)
7. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดภายหลังจากได้รับการพยาบาลตามปกติ ในกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างจากก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .300$, $p = .200$ และ $p = .453$ ตามลำดับ)
8. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหาในกลุ่มทดลองหลังการเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .048$)
9. คะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดด้านการจัดการกับอารมณ์และด้านการบรรเทาความเครียดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมหลังการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .420$ และ $p = .059$ ตามลำดับ)
10. คะแนนสัมพัทธ์ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญหน้ากับปัญหามากที่สุด รองลงมา คือ ด้านการบรรเทาความเครียดและด้านการจัดการกับอารมณ์ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมีความเครียดลดลง และมีวิธีการเผชิญความเครียดดีขึ้น ดังนั้นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยเด็กควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเด็กด้วยเช่นกัน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง โดยเฉพาะควรมีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองตั้งแต่วะยะแรกที่บุตรได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคมะเร็ง เนื่องจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคมะเร็ง และควรเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่มีประสบการณ์ได้เป็นผู้นำกลุ่ม ผลัดเปลี่ยนกันตามความเหมาะสม เพื่อส่งเสริมให้เกิดการเป็นผู้นำ กล่าวพูด และมีปฏิสัมพันธ์กันมากขึ้น และพยาบาลควรเป็นเพียงผู้กระตุ้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนความคิด และประสบการณ์ในกลุ่ม และเป็นผู้ให้คำแนะนำหรือแก้ไขในสิ่งที่ยังไม่ถูกต้องเท่านั้น

ด้านการศึกษา

ควรจัดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับวิธีการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองแก่นักศึกษาพยาบาลและให้นักศึกษาพยาบาลได้ฝึกการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เพื่อที่จะสามารถนำไปใช้ในการช่วยเหลือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ สามารถนำข้อมูลที่ได้จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองมาวิเคราะห์ถึงปัญหา วางแผนและให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาติดตามผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งในระยะยาว
2. ควรทำการศึกษาวิจัยระยะยาวเพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งตามการรับรู้ของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กนกจันทร์ เข้มนาการ. (2554). ความคิดความรู้สึกของเด็กเมื่อเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล: การจัดการทางการพยาบาล. *วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ*, 34(3), 75-87.
- เกศณี บุญยวัฒน์นางกุล. (2550). การดูแลผู้ป่วยเด็กระยะสุดท้าย: ความท้าทายของบุคลากรทีมสุขภาพ. *การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 23 ประจำปี 2550*. ขอนแก่น: แผนกการพยาบาลกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- แขนภา รัตนพิบูลย์, ชื่นฤดี คงศักดิ์ตระกูล, และอัจฉริยา ปทุมวัน. (2554). การมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 17(2), 232-247.
- ชาย โพธิ์สิตา. (2554). *การเปลี่ยนแปลงครอบครัวและครัวเรือนไทย: เรา (ไม่) รู้อะไร?* ค้นจาก <http://www2.ipsr.mahidol.ac.th/ConferenceVII/Download/2011-Article-02.pdf>
- ณชนก เอียดสุข, ศุภกร วงศ์ทัตญญ, และสุชีรา ชัยวิบูลย์ธรรม. (2556). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีเนื้องอกสมอง ในระยะรอเข้ารับการรักษาผ่าตัดสมอง. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 19(3), 349-364.
- ธนิดา ทีปะपाल, บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ, และมยุรี นภาพรรณสกุล. (2558). ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อคุณภาพชีวิตด้านจิตใจของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(3), 111-126.
- ธิดารัตน์ เอกศิรินิมิตร. (2539). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลบุตรวัย 1-5 ปีที่เจ็บป่วยด้วยโรคหอบหืด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- นฤมล ธีร์รังสิกุล, มณีรัตน์ ภาครูป, และเอมอร อาจารย์ทนกุล. (2557). ปัจจัยทำนายวิธีการเผชิญความเครียดของบิดามารดาที่มีเด็กป่วยเรื้อรังในหอผู้ป่วยเด็ก. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 22(3), 1-13.
- นภัสวรรณ แก้วหลวง. (2545). *ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นภัสวรรณ แก้วหลวง, และจินตนา วัชรสินธุ์. (2547). ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคธาลัสซีเมีย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 12(1), 60-73.

- นาถยุพรรณ ภิญโญ. (2545). *ความรู้สึกรู้สึกต่อภาวะการดูแลและความเครียดของบิดามารดาเด็กออทิสติกที่เข้ารับการรักษาในเด็กผู้ป่วยในโรงพยาบาลยุวประสาทไวทโยปถัมภ์*. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสุขภาพจิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- นิตยา สุทธยากร. (2531). *การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการเผชิญปัญหากับความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองปัจจุบันของญาติ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร, สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- บุญเพียร จันทวัฒนา. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีปัญหาทางโลหิตวิทยาและโรคมะเร็ง*. ใน ศรีสมบูรณ์ มุสิกสุนทร, ฟองคำตลกสกุลชัย, วิไล เลิศธรรมเทวี, อัจฉรา เป็รื่องเวทย์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, และสุดาภรณ์ พยัคเรือง (บรรณาธิการ), *ตำราการพยาบาลเด็ก เล่ม 2* (หน้า 789). กรุงเทพมหานคร: ฟรี-วัน.
- บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ์, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, และพิสมัย วัฒนสิทธิ์. (2551). *คุณภาพชีวิตและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งในภาคใต้*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(5), 501-511.
- บุญมาศ จันท์ศิริมงคลกุล. (2550). *ความเครียด การเผชิญความเครียด แรงสนับสนุนทางสังคม และคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประดิษฐา สีนสว่าง. (2538). *ผลของการสนับสนุนภายในกลุ่มของมารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวต่อความวิตกกังวล และพฤติกรรมการดูแลบุตรของมารดา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- ประสพชัย พสุนนท์. (2557). *ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามในการวิจัยเชิงปริมาณ*. *วารสารปาริชาติ มหาวิทยาลัยทักษิณ*, 27(1), 145-163.
- ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พนม เกตุมาน. (2550). *Self-help group*. ใน วินัดดา ปิยะศิลป์, และพนม เกตุมาน (บรรณาธิการ), *จิตเวชเด็กและวัยรุ่น เล่ม 2* (หน้า 289-296). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒน์. (2554). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กระบบเลือด*. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็กเล่ม 2* (พิมพ์ครั้งที่ 5, หน้า 236-243). นนทบุรี: ยุทธรินทร์.
- พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒน์. (2555). *การพยาบาลผู้ป่วยเด็กที่มีความผิดปกติเกี่ยวกับการเจริญของเซลล์*. ใน พรทิพย์ ศิริบุรณ์พิพัฒน์ (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็กเล่ม 3* (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1, หน้า 85-87). กรุงเทพมหานคร: ธนาเพลส.

- พลสุข ศิริพูล. (2554). *การจัดการอาหาร: การพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาว*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ภัทรภรณ์ หุ่นคำ. (2557). *กลุ่มจิตบำบัดสำหรับบุคลากรทางสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์ใช้* (พิมพ์ครั้งที่ 2). เชียงใหม่: ครองช่างพรินต์ติ้ง.
- มธุรส เอื้อนนทซ์. (2557). *บทบาทของชายและหญิงในครอบครัว*. ค้นจาก <http://www.thaifamilylink.net/web/node/11>
- รวีวรรณ คำเงิน. (2545). *ภาวะซึมเศร้าในเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด*. วิทยานิพนธ์พยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, อุทัยวรรณ พุทธรัตน์, เกศรา เสนงาม, กมลวรรณ ภูวัฒนานนท์, เยาวภา จารุณเศรษฐ์, และนิตยา ปัญจมิติถิ. (2542). การพัฒนามาตรฐานการพยาบาลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวโดยใช้ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล. *วารสารทางการพยาบาล*, 3(2), 148-171.
- วรภัทร ทองใบ, จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย, และสุพรรณิ สุ่มเล็ก. (2550). นวัตกรรมการพยาบาลในการลดความกลัวของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวที่เริ่มได้รับยาเคมีบำบัด. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 30(2), 1-11.
- วารุณี มีเจริญ. (2557). *ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็ง: การปรับตัวต่อบทบาทและส่งเสริมคุณภาพชีวิต*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 20(1), 10-22.
- วิฐารณ บุญสิทธิ. (2551). การช่วยเหลือด้านจิตใจผู้ป่วยเด็กโรคเรื้อรัง. ใน จารุพิมพ์ สูงสว่าง, กวีวรรณ ล้อมประยูร, โสภภาพรณ เงินฉ่ำ, กสิบสไบ สรรพกิจ, และธราธิป โคละทัต (บรรณาธิการ), *กุมารเวชศาสตร์ทันยุค* (หน้า 267-273). กรุงเทพมหานคร: เฮาแคนดู.
- วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร. (2554). หลักการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง. ใน วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร และอุษณีย์ จินตะเวช (บรรณาธิการ), *การพยาบาลเด็ก* (หน้า 109-129). เชียงใหม่: ครองช่าง พรินต์ติ้ง.
- วิวรรณจนา งามศิริอุดม, รุ่งนภา ผาณิตรัตน์, ศิริโสภา จรรยาสิงห์, และจุรียา มุดาอุเส็น. (2553). ความต้องการในการดูแลและความพร้อมในการดูแลตนเองระหว่างเข้ารับการรักษาโดยเคมีบำบัดของผู้ป่วยวัยรุ่น. *โครงการประชุมวิชาการ ประจำปี 2553 ฝ่ายการโรงพยาบาลศิริราช*. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลศิริราช.
- ศศิธร วรรณพงษ์, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม, พรเพ็ญ เกียรติกำจร, ณิชนนท์ อารีย์การเลิศ, และธัญลักษณ์ อินทโชติ. (2544). ความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด. *วารสารการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์*, 1(1), 81-88.

- ศิริพรรณ ปิติมานะอารี. (2550). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- สถาบันมะเร็งแห่งชาติ. (2557). Hospital Based Cancer Registry. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ ตะวันออก.
- สถิตินหน่วยโลหิตวิทยาภาควิชากุมารศาสตร์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. (2560). *รายงานผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชากุมารศาสตร์โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. สงขลา: ฝ่ายสถิตินหน่วยโลหิตวิทยา ภาควิชากุมารศาสตร์ โรงพยาบาลสงขลานครินทร์.
- สุชาติ พหลภาคย์. (2542). *ความผิดปกติทางอารมณ์*. ขอนแก่น: ศิริภัณฑ์ ออฟเซท.
- สุภาวดี นาคสุขุม, ปิยาพร ไปงาม, มนรดา แข็งแรง, วิลาสินี มั่งสิน, อุบลวรรณ อุณหสุวรรณ, และ รพีพรรณ ลาภา. (2560). *ความเครียด วิธีการเผชิญความเครียด และความหวังของมารดาที่มีบุตรป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัด. การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการครั้งที่ 2 “การวิจัย 4.0 เพื่อการพัฒนาประเมศสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน”*. มหาวิทยาลัยราชธานี.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุนัญญา คเชนทร์ชัย, และมัจจรินทร์ อัครพัฒน์. (2556). *ผลลัพธ์ของการให้คำปรึกษาในผู้ปกครองที่มีบุตรป่วยเป็นโรคมะเร็ง. การประชุมวิชาการและประชุมสามัญ ประจำปี 2556*. สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- อรรวรรณ แพนคง. (2547). *ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- อัทธินยา นวนหนู. (2548). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมดูแลเด็กของผู้ดูแลเด็กวัยเรียนโรคมะเร็งในโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- อุทุมพร ดุลยเกษม. (2536). *ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการปฏิบัติของมารดาในการดูแลบุตรวัยแรกเกิด - 3 ปี ที่เจ็บป่วยด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- อิศรางค์ นุชประยูรและสุรพันธ์ วิโรจน์ดูล. (2552). *คู่มือสำหรับพ่อแม่ของเด็กผู้ป่วยโรคมะเร็ง*. ค้นจาก http://www.wishingwellthai.org/attachments/002_parents-children-cancer-patients.pdf

- Alves, D. F. S., Guirardell, E. B., & Kurashima, A. Y. (2012). Stress related to care: The impact of childhood cancer on the lives of parents. *Latino-Am. Enfermagem*, 21(1), 356-362.
- Beltrao, M. R., Vasconcelos, M. G., Pontes, C. M., & Albuquerque, M. C. (2007). Childhood cancer: Maternal perceptions and strategies for coping with diagnosis. *Journal of Pediatric*, 83(6), 562-566.
- Bonner, M. J., Hardy, K. K., Willard, V. W., & Hutchinson, K. C. (2007). Brief report: Psychosocial functioning of fathers as primary caregivers of pediatric oncology patients. *Journal Pediatric Psychology*, 32, 851-856.
- Cohen, S., & Will, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(10), 310-357.
- Corey, M. S., & Corey, G. (1992). *Group process and practice* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Eiser, C., & Eiser, J. R. (2007). Mothers ratings of quality of life in childhood cancer: Initial optimism predicts improvement over time. *Psychology & Health*, 22(5), 535-543.
- Erin, M. R., Dunn, M. J., Zuckerman, T., Vannatta, K., Gerhardt, C. A., & Compas, B. E. (2012). Cancer-related sources of stress for children with cancer and their parents. *Journal of Pediatric Psychology*, 2(1), 185-197.
- Erin, M. R., Madeleine, J. D., Teddi, Z., Kathryn, V., Cynthia, A. G., & Bruce, E. C. (2015). Maternal coping and depressive symptoms as predictors of mother-child communication about a child's cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 41(3), 329-339.
- Goldbeck, L. (2007). The impact of newly diagnosed chronic pediatric conditions on parental quality of life. *Quality Life Research*, 15, 1121-1131.
- Hendrix, C. C., Abernethy, A., Sloane, R., Misuraca, J., & Moore, J. (2009). A pilot study on the influence of an individualized and experiential training on cancer caregiver's self-efficacy in home care and symptom management. *Home Healthcare Nurse*, 27(5), 271-278.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & McCampbell, L. S. (2015). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). St. Louis: Mosby.

- Jalowiec, A. (1988). Confirmatory factor analysis of the Jalowiec Coping Scale. In C. F. Waltz & O. L. Strickland (Eds.), *Measurement of nursing outcome: Volume one measurement of client outcomes* (pp. 288-308). New York: Springer.
- Jalowiec, A., Murphy, S. P., & Powers, M. J. (1984). Psychometric assessment of the Jalowiec Coping Scale. *Nursing Research, 33*, 157-161.
- Jalowiec, A., & Powers, M. J. (1981). Stress and coping in hypertensive and emergency room patient. *Nursing Research, 30*, 10-15.
- Jantien Vrijmoet-Wiersma C. M., Jeanine, M. M., Annemarie, M. K., Hendrik, M. K., Lynne, M. B., & Maarten, E. R. (2008). Assessment of parental psychological stress in pediatric cancer: A review. *Journal of Pediatric Psychology, 33*(7), 694-706.
- James, S., & Ashwill, J. (2007). *Nursing care of children: Principles and practice* (3rd ed.). Philadelphia: Saunders.
- Kazak, A. E., & Barakat, L. P. (1997). Brief report: Parenting stress and quality of life during treatment for childhood leukemia predicts child and parent adjustment after treatment ends. *Journal of Pediatric Psychology, 22*, 749-758.
- Kazak, A. E., Alderfer, M., Rourke, M. T., Simms, S., Streisand, R., & Grossman, J. R. (2004). Posttraumatic stress disorder (PTSD) and posttraumatic stress symptoms (PTSS) in families of adolescent childhood cancer survivors. *Journal Pediatric Psychology, 29*, 211-219.
- Kelly, A. (1981). A self-help group for parents of handicapped children. *Health Visitor, 54*, 490-591.
- Kim, Y., Kashy, D. A., Spillers, R. L., & Evans, T.V. (2010). Needs assessment of family caregivers of cancer survivors: Three cohorts comparison. *Psycho-Oncology, 19*, 573- 582. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1597/pdf>
- Klassen, A., Raina, P., Reineking, S., Dix, D., Pritchard, S., & O'Donnell, M. (2007). Developing a literature base to understand the caregiving experience of parents of children with cancer: A systematic review of factors related to parental health and well-being. *Support Care Cancer, 15*(7), 807-818.

- Kupst, M. J., & Bingen, K. (2006). Stress and coping in the pediatric cancer experience. In R. T. Brown (Ed.), *Comprehensive handbook of childhood cancer and sickle cell disease: A biopsychosocial approach* (pp. 35–52). New York: Oxford University.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Long, K. A., & Marsand, A. L. (2011). Family adjustment to childhood cancer: A systematic review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 14*, 57-88.
- Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. (2nd ed.). St. Louis, MO: C. V. Mosby.
- Marsland, A. L., Long, K. A., Howe, C., Thompson, A. L., Tersak, J. J., & Ewing, L. (2013). A pilot trial of a stress management intervention for primary caregivers of children newly diagnosed with cancer: Preliminary evidence that perceived social support moderates the psychosocial benefit of intervention. *Journal of Pediatric Psychology, 38*(4), 449-461.
- Marino, B. S., & Fine, K. S. (2007). *Blueprint pediatric* (4th ed.). Iowa: Quebecor World Dubuque.
- Sahler, O. J., Dolgin, M. J., Phipps, S., Fairclough, D. L., Askins, A. M., Katz, E. R.,...Butler, R. W. (2013). Specificity of problem-solving skills training in mothers of children newly diagnosed with cancer: Results of a multisite randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology, 31*(10), 1329-1335.
- Sandra, M. (2001). Effect of self-help group on self-care action in mothers of children with chronic illness. *Children's Health Care, 24*(2), 70-76.
- Schaefer, C., Coyne, J. C., & Lazarus, R. S. (1981). The health-related functions of social support. *Journal of Behavioral Medicine, 4*(4), 381-406.
- Sen-Ngam, K., Suxachaya, P., Chontawan, R., & Kantawang, S. (2007). Factors predicting maternal coping with childhood cancer: Part I. *Songklanagarind Medical Journal, 25*(3), 163-170.
- Seksarn, P., Wiangnon, S., Veerakul, G., Chotsampancharoen, T., Kanjanapongkul, S., & Chainansamit, S. (2015). Outcome of childhood acute lymphoblastic leukemia treated using the Thai National protocols. *Journal of Cancer Prevention, 16*(11), 4609-4614.

- Soper, D. S. (2016). *Effect size (Cohen's d) Calculator for a student t-test [Software]*. Retrieved from <http://www.danielsoper.com/statcalc>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). *Using multivariate statistics* (5th ed.). New York, NY: Harper Collins.
- Tony, B. M. (2001). The effect of self-help group on childcare behaviors in handicapped children's mother. *Journal of Pediatric Psychology, 4*(2), 159-165.
- Trask, P. C., Paterson, A. G., Trask, C. L., Bares, C. B., Birt, J., & Mann, C. (2003). Parents and adolescent adjustments to pediatric cancer: Association with coping, social support, and family function. *Journal Pediatric Oncology Nursing, 20*(1), 36-47.
- Vrijmoet-Wiersma, C. M., HoekstraWeebers, J., De Peinder, W. M., Koopman, H. M., Tissing j. E., Treffers D. A., ... & Egeler, R. M. (2010). Psychometric qualities of the Dutch version of the Pediatric Inventory for Parents (PIP): A multi-center study. *Psycho-oncology, 19*, 368-375.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) และขนาดกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size)

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ทำโดยการหาขนาดอิทธิพลจากงานวิจัยที่ใกล้เคียงที่สุด คือ ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลบุตรและความเครียดของการเป็นมารดาในมารดาที่มีบุตรเจ็บป่วยด้วยโรคหาลัสซีเมีย (นภัสวรรณ, 2545) โดยเลือกผลค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความเครียด แล้วแทนค่าในโปรแกรม Statistics Calculators version 4 (Soper, 2006)

$$\text{ผลการศึกษาได้ว่า} \quad M_1 = 63.40 \quad SD_1 = 8.17$$

$$M_2 = 98.50 \quad SD_2 = 7.53$$

ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 4.46

The screenshot shows a web browser window with the URL www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=48. The page title is "Free Effect Size (Cohen's d) Calculator for a Student t-Test". The main content area contains the following text and form:

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.

Please enter the necessary parameter values, and then click 'Calculate'.

Mean (group 1):

Mean (group 2):

Standard deviation (group 1):

Standard deviation (group 2):

Effect size (Cohen's d): 4.46762712

Below the calculator, there is a "Related Resources" section with links to "Formulas", "References", and "Related Calculators".

ภาพ 3. การคำนวณหาขนาดอิทธิพลโปรแกรม Statistics Calculators version 4 (Soper, 2006)

การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

หลังจากได้ผลการคำนวณหาขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 4.46 จากนั้นนำไปแทนค่าคำนวณในโปรแกรม Statistics Calculators version 4 (Soper, 2006) อีกครั้ง โดยการกำหนดค่าอำนาจในการทดสอบ .80 ค่าความเชื่อมั่น .05 เพื่อคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาได้ว่า	ขนาดอิทธิพล (Effect size)	= 4.46
	ค่าอำนาจในการทดสอบ	= .80
	ค่าความเชื่อมั่น .05	= .05

ผลการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 2 รายต่อกลุ่ม

The screenshot shows a web browser window with the URL www.danielsoper.com/statcalc/calculator.aspx?id=47. The page title is "A-priori Sample Size Calculator for Student t-Tests". The calculator interface includes the following fields and results:

- Anticipated effect size (Cohen's d): 4.46
- Desired statistical power level: 0.8
- Probability level: 0.05
- Calculate! button
- Minimum total sample size (one-tailed hypothesis): 4
- Minimum sample size per group (one-tailed hypothesis): 2
- Minimum total sample size (two-tailed hypothesis): 4
- Minimum sample size per group (two-tailed hypothesis): 2

Below the calculator, there are "Related Resources" including "Formulas", "References", "Related Calculators", and a search bar. The browser's taskbar at the bottom shows the time as 15:45 on 8/6/2559.

ภาพ 4. การคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างในโปรแกรม Statistics Calculators version 4 (Soper, 2006)

ภาคผนวก ข

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน
ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง
2. แบบวัดความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 25 ข้อ
3. แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 36 ข้อ

กรุณาตอบแบบสอบถามทั้ง 3 ส่วน คำตอบจากการตอบแบบสอบถามของท่านจะไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อตัวท่านและบุตรของท่าน ข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง และสามารถใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลแก่ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งได้ จึงขอความกรุณาท่าน โปรดตอบคำตอบของท่านตามความเป็นจริง ใช้เวลาประมาณ 20 - 30 นาที คำตอบจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยเท่านั้น

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

รหัส.....

แบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

คำชี้แจง ให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ หรือเติมข้อความลงหน้าข้อความที่ตรงกับคำตอบของท่าน
ที่สุด

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

1. เพศ

หญิง

ชาย

2. อายุ ปี

3. ศาสนา

พุทธ

อิสลาม

คริสต์

อื่นๆ (ระบุ).....

4. ระดับการศึกษา

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี

ปริญญาโท

อื่นๆ (ระบุ).....

5. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย

มารดา

บิดา

อื่นๆระบุ (เช่น ปู่ ย่า ตา ยาย แม่เลี้ยง พ่อเลี้ยง เป็นต้น)

6. สถานภาพสมรส

คู่ (อยู่ด้วยกัน)

หย่าร้าง

หม้าย

อื่นๆ ในกรณีที่แต่งงานใหม่

7. ลักษณะครอบครัว

ครอบครัวเดี่ยว ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก

ครอบครัวขยาย ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ปู่ ย่า ตา ยาย

อื่นๆ.....

8. ระยะเวลาในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็ง เดือน.....วัน
9. ระยะเวลาตั้งแต่ทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็งจนถึงปัจจุบัน เดือน.....วัน
10. รายได้รวมของครอบครัว บาท
11. ความเพียงพอของรายได้กับรายจ่ายของครอบครัว
- เพียงพอ มีเหลือเก็บ
 ไม่มีเหลือเก็บ
- ไม่เพียงพอ
12. โรคประจำตัวของผู้ดูแล
- ไม่มี มี (ระบุ)
13. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งของบุตร
- รุนแรง ไม่รุนแรง
14. จำนวนบุตรทั้งหมด คน (จากครรภ์เดียวกัน)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

1. เพศ

<input type="checkbox"/> หญิง	<input type="checkbox"/> ชาย
-------------------------------	------------------------------
2. อายุ ปี เดือน
3. ศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
4. เป็นบุตรลำดับที่

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
5. จำนวนครั้งของการได้รับเคมีบำบัด

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
<input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ	
6. การวินิจฉัยโรค

<input type="checkbox"/> มะเร็งเม็ดเลือดขาว	<input type="checkbox"/> มะเร็งต่อมน้ำเหลือง
<input type="checkbox"/> มะเร็งสมอง	<input type="checkbox"/> มะเร็งกระดูกและกล้ามเนื้อ
<input type="checkbox"/> อื่นๆ (ระบุ).....	
7. วันที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก (เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย)
8. วันที่เริ่มการรักษาโรคมะเร็ง (เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย)

แบบวัดความเครียด

คำชี้แจง แบบวัดความเครียด เป็นแบบวัดความรู้สึกเครียดของท่านซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด มีจำนวน 25 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน ประกอบด้วย

ด้านที่ 1 ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด จำนวน 16 ข้อ

ด้านที่ 2 ความเครียดที่เกิดจากปัญหาสัมพันธภาพภายในครอบครัว จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 3 ความเครียดที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว จำนวน 4 ข้อ

ขอให้ท่านอ่านข้อความแต่ละข้อแล้วพิจารณาว่าท่านมีความรู้สึกเครียดตรงตามข้อความนั้นหรือไม่และมากน้อยเพียงใด โดยให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงที่เกิดกับท่านมากที่สุด ดังนี้

มาก	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเครียดของท่านมาก
ปานกลาง	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเครียดของท่านปานกลาง
น้อย	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเครียดของท่านน้อย
น้อยที่สุด	หมายถึง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึกเครียดของท่านน้อยที่สุด

ตัวอย่าง

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.	ฉันทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคร้ายสยี่มิเยย	✓			

จากตัวอย่าง หมายความว่า ฉันทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคร้ายสยี่มิเยยรู้สึกเครียดมาก

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	<u>ความเครียดที่เกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยของเด็ก</u> <u>โรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด</u>				
1	ฉันทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง				
2	ฉันทราบถึงความไม่แน่นอนของการเจ็บป่วยหรือการรักษาของเด็ก				
3	ฉันต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติต่างๆ เช่น ไข้ ซีด การมีเลือดออกตามอวัยวะต่างๆของร่างกาย เป็นต้น				
	.				
	.				
	.				
	.				
	.				
	.				
16	ฉันรู้สึกลังเลในการดูแลบางอย่างเนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะให้ผลดีกับสุขภาพของเด็ก				
	<u>ความเครียดที่มาจากปัญหาภายในครอบครัวและสัมพันธภาพ</u>				
17	ฉันไม่มีเวลาดูแลลูกคนอื่นๆหรือบุคคลในครอบครัว				
18	ฉันรู้สึกว่าฉันห่างจากบุคคลอันเป็นที่รักเพราะต้องมาดูแลเด็กที่ป่วย				
	.				
	.				
	.				
	.				
21	ฉันต้องเปลี่ยนสถานที่นอน เพื่อมาเฝ้าในขณะที่เด็กรักษาในโรงพยาบาล				

ข้อ	ข้อความ	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
22	<u>ความเครียดที่เกิดจากปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว</u> ฉันต้องใช้จ่ายค่าอาหารหรือค่าใช้จ่ายส่วนตัว ในการดูแลเด็ก เมื่ออยู่ในโรงพยาบาล				
				
25	ฉันขาดรายได้เพราะต้องหยุดงานเพื่อคอยดูแลเด็กที่ป่วย				

แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด เป็นแบบวัดวิธีการที่ท่านใช้ในการรับมือหรือการจัดการกับความเครียดของท่านซึ่งเป็นผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1. **ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา** เป็นการจัดการกับสาเหตุของความเครียด ได้แก่ 1) ปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด 2) ปัญหาภายในครอบครัวและสัมพันธภาพ 3) ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัวโดยมุ่งเน้นการแก้ปัญหาที่สาเหตุดังกล่าว มีจำนวน 13 ข้อ

2. **ด้านการจัดการกับอารมณ์** เป็นการปรับภาวะอารมณ์หรือความรู้สึกเมื่อเกิดความเครียดจากสาเหตุ ได้แก่ 1) ปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด 2) ปัญหาภายในครอบครัวและสัมพันธภาพ 3) ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว วิธีการเผชิญลักษณะนี้ไม่ได้ช่วยแก้ไขที่ปัญหาดังกล่าวแต่อย่างใด แต่ช่วยให้เกิดความรู้สึกดีขึ้นเท่านั้น มีจำนวน 9 ข้อ

3. **ด้านการบรรเทาความเครียด** เป็นการเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์เสียใหม่แต่ก็ไม่ได้แก้โดยตรงที่ปัญหาที่เกิดจากความเครียด ได้แก่ 1) ปัญหาการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการได้รับเคมีบำบัด 2) ปัญหาภายในครอบครัวและสัมพันธภาพ 3) ปัญหาเศรษฐกิจของครอบครัว มีจำนวน 14 ข้อ

ให้ท่านนึกถึงสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตั้งแต่การวินิจฉัยของแพทย์ การดูแลผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน โดยให้ท่านทำเครื่องหมายถูก ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

ไม่เคย	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลยในการจัดการกับความเครียด (0 ครั้ง/สัปดาห์)
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ้างเล็กน้อยหรือนานๆครั้งในการจัดการกับความเครียด (1-2 ครั้ง/สัปดาห์)
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ้างเพียงครั้งหนึ่งหรือเป็นบางครั้งในการจัดการกับความเครียด (3-4 ครั้ง/สัปดาห์)
เกือบทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นส่วนมากหรือบ่อยครั้งในการจัดการกับความเครียด (5-6 ครั้ง/สัปดาห์)
ทุกครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นทุกครั้งในการจัดการกับความเครียด (7 ครั้ง/สัปดาห์)

ตัวอย่าง

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	ทุกครั้ง
1.	คิดหาทางออกเพื่อแก้ปัญหา	✓				

จากตัวอย่าง หมายความว่า ฉันไม่เคยใช้วิธีคิดหาทางออกเพื่อแก้ปัญหาในการจัดการกับ
ความเครียด

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา					
1.	คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์					
2.	พูดคุยปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง					
3.	มองปัญหาที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างรอบคอบ ครบถ้วนโดยปราศจากอคติ					
	. .					
13.	แก้ปัญหาทีละอย่าง เป็นขั้นตอน					
	ด้านการจัดการกับอารมณ์					
14.	ระบายอารมณ์ ได้แก่ ฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น					
15.	ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย					

ข้อ	ข้อความ	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	เกือบ ทุกครั้ง	ทุกครั้ง
					
22.	หงุดหงิด กระวนกระวาย					
	ด้านการบรรเทาความเครียด					
23.	หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น					
24.	วางแผนต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุก สิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ได้					
25.	พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่น แทน					
	. .					
36.	มองคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่แย่กว่า หรือลำบากกว่า					

ภาคผนวก ค

คู่มือการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นให้กับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีการซักถามหรือเสนอปัญหา และหาแนวทางหรือวิธีการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้ดูแลด้วยกันเอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดระดับความเครียดจากการดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการเผชิญหรือจัดการกับความเครียด สมาชิกในกลุ่มได้มีการช่วยเหลือกัน ให้กำลังใจสนับสนุนซึ่งกันและกัน โดยมีพยาบาลเป็นผู้นัดหมายดำเนินการให้เกิดกลุ่มขึ้นและเป็นพี่ปรึกษาทางด้านวิชาการ

กิจกรรมกลุ่มจะจัดขึ้นจำนวน 3 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 วันต่อเนื่องกัน ระยะเวลาในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ใช้เวลาประมาณ 45-60 นาที สมาชิกในกลุ่มมีจำนวน 3-5 คน โดยการทำกลุ่มแต่ละครั้งสมาชิกกลุ่มจะเป็นสมาชิกเดิมทุกครั้ง ในกรณีที่สมาชิกกลุ่มมาไม่ได้ จะดำเนินการกลุ่มต่อไปได้จะต้องมีจำนวนสมาชิกอย่างน้อย 3 คน

หลักการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (สุวนีย์, 2554; ภัทรภรณ์, 2557)

องค์ประกอบกลุ่มช่วยเหลือตนเอง กลุ่มช่วยเหลือตนเอง จะประกอบด้วยผู้นำกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ซึ่งบทบาทหน้าที่ของทั้งผู้นำกลุ่ม สมาชิกกลุ่มและผู้วิจัยจะแตกต่างกันออกไป ดังนี้

1. ผู้นำกลุ่ม มีหน้าที่ทำให้กระบวนการกลุ่มดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง บรรลุเป้าหมายหรือความต้องการของกลุ่ม โดยมีบทบาท ดังนี้

1.1 สร้างบรรยากาศให้มีความเป็นกันเอง ไม่ให้ตึงเครียด ให้สมาชิกทุกคนมีความรู้สึกเป็นอิสระในการแสดงความรู้สึกและความคิดเห็นต่างๆ

1.2 รับผิดชอบให้กลุ่มดำเนินไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

1.3 กระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กัน โดยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และหาแนวทางการแก้ไขปัญหาเหล่านั้นร่วมกัน

1.4 เอื้ออำนวยให้สมาชิกมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกว่าสมาชิกคนอื่นๆเป็นเพื่อน

1.5 รักษาความลับซึ่งกันและกัน

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1 ผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่ม และการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2 และ 3 สมาชิกในกลุ่มเป็นผู้นำกลุ่ม โดยสมาชิกในกลุ่มเป็นผู้เลือกผู้นำกลุ่ม

2. สมาชิกกลุ่ม

ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มจำนวน 3-5 คน เป็นกลุ่มเดิมตลอดทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งจะเพิ่มโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกัน โดยมีบทบาท ดังนี้

2.1 รับฟังความคิดเห็น

2.2 ให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

2.3 ช่วยสร้างบรรยากาศให้เหมาะสม ไม่เครียดมากเกินไป และลดการกระทบกระทั่งภายในกลุ่ม

2.4 พุดแบ่งปันประสบการณ์จากการดูแลเด็กโรคมะเร็ง

2.5 รักษาความลับซึ่งกันและกัน

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

การดำเนินการกลุ่มช่วยเหลือตนเอง แบ่งเป็น 3 ระยะ

ระยะ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพในระยะแรก (initial phase) เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพของสมาชิกในกลุ่ม ผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มทำความรู้จักกัน สร้างความคุ้นเคยกัน ระยะนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทำความรู้จักกัน เพื่อนำไปสู่ความไว้วางใจและเกิดความเชื่อมั่น ตลอดจนรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของสมาชิกในกลุ่ม ระยะนี้ใช้เวลา 10-15 นาที

ระยะ 2 ระยะดำเนินการ (working phase) เป็นระยะที่สมาชิกกล้าที่จะเปิดเผยและระบายความรู้สึก สมาชิกทุกคนได้ร่วมสนทนา ถึงปัญหา รับฟังแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นๆ และสามารถเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการช่วยให้กลุ่มบรรลุจุดมุ่งหมายของกลุ่ม เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาแนวทางในการช่วยเหลือ สามารถนำวิธีการแก้ปัญหาต่างๆไปใช้ในการแก้ปัญหาต่อไป ระยะนี้ใช้เวลา 30-35 นาที

ระยะ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (final phase) เป็นระยะที่การดำเนินการกลุ่มยุติลง จะเป็นการสรุปและประเมินผลการดำเนินการกลุ่ม รวมถึงเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ระบายความรู้สึกจากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม ระยะนี้ใช้ระยะเวลา 5-10 นาที ก่อนปิดประชุม

บทบาทของผู้วิจัยในกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

ผู้วิจัยมีบทบาทในการดำเนินการช่วยเหลือกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ดังนี้

1. จัดหาสมาชิกของกลุ่ม ประสานงานกลุ่ม และเป็นตัวกลางในการติดต่อกับสมาชิกในการดำเนินการกลุ่มในระยะแรก
2. เป็นผู้นำกลุ่มในระยะแรก และเตรียมสมาชิกที่จะเป็นผู้นำกลุ่มคนต่อไป
3. เป็นแหล่งประโยชน์ในการจัดหาและจัดเตรียมสถานที่ อุปกรณ์ต่างๆที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินการกลุ่ม
4. เป็นผู้ตรวจสอบ แก้ไขข้อมูล และเป็นแหล่งความรู้ให้กับกลุ่ม เพื่อให้สมาชิกรับรู้ข้อมูลที่ถูกต้อง
5. กระตุ้นและสนับสนุนให้สมาชิกเข้าร่วมกลุ่ม
6. ประเมินผลการปรับตัวและความสามารถในการดูแลตนเองของสมาชิก

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง มีรายละเอียดในการทำกลุ่มแต่ละครั้ง ดังนี้

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1

เรื่อง “การสร้างสัมพันธภาพภายในกลุ่ม และ ความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา หรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต”

ความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง

การรับรู้และความรู้สึกขณะรับฟังการวินิจฉัยโรค เช่น อึ้ง ตกใจ เจ็บปวด ทุกข์ ทรมานและรู้สึกผิดหวัง (Beltrao, Vasconcelos, Pontes & Albuquerque, 2007) ซึ่งมีผลกระทบ ทั้งทางบวกและทางลบต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ปัญหาหรือการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิตหลังจากรับรู้ว่าเป็นโรคมะเร็ง

ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

1. **ผลกระทบด้านร่างกาย** เช่น การนอนหลับพักผ่อน อ่อนเพลีย ร่างกายทรุดโทรม น้ำหนักลด และอาจเกิดการเจ็บป่วยตามมาได้

2. **ผลกระทบด้านจิตใจ** ผลกระทบทางลบด้านจิตใจของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คือ ความเครียด ความวิตกกังวลและความกลัว ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กและการรักษา ต้องมีการปรับตัว การเผชิญความเครียด เป็นระยะตามสภาวะของโรคและสภาพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง

3. **ผลกระทบด้านสังคมและเศรษฐกิจ** ต้องใช้เวลาในการดูแล ไม่มีเวลาเป็นส่วนตัว ทำให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งถูกแยกตัวจากสังคม กลุ่มเพื่อน และญาติพี่น้อง อาจส่งผลถึงความสัมพันธ์ของคู่สมรสด้วย ส่งผลต่อด้านเศรษฐกิจด้วย เช่น เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล บุคคลใดบุคคลหนึ่ง ต้องหยุดงานหรือลาออกจากงานเพื่อมาดูแลเด็กโรคมะเร็ง ทำให้ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้น แต่รายได้ของครอบครัวกลับลดลง

4. **ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ** บางครอบครัวก็จะแสวงหาสิ่งที่คิดว่าจะสามารถช่วยต่อชีวิตให้กับผู้ป่วยเด็ก เช่น การรดน้ำมนต์ การใช้เวทมนต์คาถา รวมทั้งไสยศาสตร์ต่างๆ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ ขึ้นกับบริบทแวดล้อม ความเชื่อ ค่านิยม ประเพณี วัฒนธรรมของแต่ละครอบครัวด้วย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. ทำความรู้จักกันและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
2. ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และระยะเวลาที่เข้าร่วม

3. แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต

สถานที่

ห้องประชุมหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

ระยะเวลา

45 – 60 นาที

สมาชิกกลุ่ม

ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 3 – 5 ราย

กิจกรรม

1. ผู้วิจัยแนะนำตนเอง และเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มแต่ละคนแนะนำชื่อเล่น อายุของตนเอง พร้อมเปิดโอกาสให้สมาชิกทำความรู้จักซึ่งกันและกัน (5 นาที)
2. ผู้วิจัยบอกวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาที่เข้าร่วมวิจัย รวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล ตอบแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Pre-test) (5-10 นาที)
3. สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 1 ซึ่งเรื่องที่จะนำมาพูดใน หัวข้อเกี่ยวกับ “ความคิดหรือความรู้สึกเกี่ยวกับโรคมะเร็ง ปัญหา/การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในชีวิต” ในครั้งแรกผู้วิจัยจะเป็นผู้นำกลุ่ม และกระตุ้นให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิด ความรู้สึกซึ่งกันและกัน (30-35 นาที)
4. ผู้วิจัยสรุปปัญหา ให้สมาชิกเลือกผู้นำกลุ่มครั้งต่อไป และนัดหมายเวลาเพื่อเข้าร่วมการทำกิจกรรมในวันถัดไป (5 นาที)

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2

เรื่อง “ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น และสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา”

ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น
ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง

1. ระยะเวลา ที่ความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อทราบว่าเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง

- ช่วงเวลาที่เครียดมากที่สุด คือ ภายใน 24-48 ชั่วโมงของการวินิจฉัยครั้งแรก
- 1-2 เดือนหลังจากการรักษา
- เมื่อโรคมะเร็งเกิดซ้ำ

2. สาเหตุของความเครียดที่เกิดขึ้น

- ความไม่แน่นอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กโรคมะเร็งและการรักษา
- การเปลี่ยนแปลงในบทบาทหน้าที่ ปัญหาสุขภาพ
- ความเครียดทางการเงิน
- กลัวบุตรตาย
- การที่บุตรต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยๆ
- บุตรไม่สุขสบายจากการได้รับยาเคมีบำบัด
- บุตรต้องรับการรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด

3. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียด

- ผู้ดูแลที่มีอายุน้อย
- เด็กป่วยที่มีอายุน้อย
- ระยะเวลาที่สั้นตั้งแต่ที่ทราบว่าเด็กเป็นโรคมะเร็ง
- ความกลัวของการเสียชีวิตและผลกระทบของโรคกับชีวิตเด็ก
- การได้รับข้อมูลการวินิจฉัยครั้งแรก
- การกำเริบซ้ำของโรคมะเร็ง

วิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น

การได้รับข้อมูล เพื่อสนับสนุนในการเผชิญหรือจัดการกับความเครียด จะทำให้ครอบครัวมีโอกาสในการเตรียมตัวที่จะเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเด็กพร้อมกับทีมสุขภาพ เพื่อให้แน่ใจว่าจะสามารถปกป้องเด็กได้ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนและทีมสุขภาพ จะช่วยทำให้บิดามารดาหรือผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง รับมือกับโรคและผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้

การเผชิญหน้ากับปัญหา เป็นพฤติกรรมที่ใช้ในการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาให้เป็นไปได้ในทางดีขึ้นโดยการเปลี่ยนแปลงการกระทำหรือสิ่งแวดล้อม เช่น คิดหาวิธีการต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ พุดคุย ปรีกษาปัญหากับผู้ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการแก้ปัญหาหรือดูแลเด็ก เป็นต้น

การจัดการกับอารมณ์ เป็นวิธีการจัดการกับอารมณ์ที่เป็นผลมาจากเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดปัญหาหรือความเครียดให้ดีขึ้นโดยวิธีการแสดงออกถึงความรู้สึกนึกคิด หรือระบายอารมณ์ แต่เหตุการณ์ที่เป็นปัญหายังคงอยู่ เช่น ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร ฟังเพลง เตรียมใจรับกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น เหม่อลอย ระบายกับคนอื่นหรือสิ่งอื่น แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว เป็นต้น

การบรรเทาความเครียดหรือการแก้ปัญหาทางอ้อม เป็นการเปลี่ยนการรับรู้เหตุการณ์เสียใหม่ แต่ก็ไม่ได้แก้ไขโดยตรงที่ปัญหา เช่น หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น วางเฉยต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลงกว่านี้ได้ พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน ยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก คิดว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี” เป็นต้น

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. ร่วมกันเสนอปัญหา แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น
2. ลดความเครียด ความไม่สบายใจ
3. นำข้อสรุปที่ได้จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปปรับใช้ เป็นแนวทางในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง

สถานที่

ห้องประชุมหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

ระยะเวลา

45 – 60 นาที

สมาชิกกลุ่ม

ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 3 – 5 ราย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม กล่าวถึงการทำกลุ่มครั้งนี้เป็นครั้งที่ 2 (5 นาที)
2. สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 2 ซึ่งเรื่องที่จะนำมาพูดใน หัวข้อเกี่ยวกับ “ความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งและวิธีการจัดการหรือรับมือกับปัญหาที่เกิดขึ้น” (30-35 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น หาแนวทางการแก้ไข และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
4. ผู้นำกลุ่มสรุปปัญหา แนวทางการแก้ไข ข้อเสนอแนะ จากการทำกลุ่ม และนัดหมายเวลา เพื่อเข้าร่วมการทำกิจกรรมในวันถัดไป (5 นาที)

การทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งที่ 3

เรื่อง “การดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด และการดูแล และสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา”

การดูแลเด็กโรคมะเร็ง

ถึงแม้ว่าจะมีความก้าวหน้าของการประสบความสำเร็จของการมีชีวิตที่ยืนยาว เด็กโรคมะเร็งก็ยังคงเกี่ยวข้องกับความตาย การสูญเสียและความทรมาน ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจะต้องปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ใหม่ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาที่ยาวนานในโรงพยาบาล การรักษาที่รุนแรง การสูญเสียมากมาย และการเปลี่ยนแปลงในความสัมพันธ์ของครอบครัว และการปฏิบัติในชีวิตประจำวันที่อาจจะเป็นอุปสรรคต่อเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งเด็กโรคมะเร็งอยู่ภายใต้การรักษาที่ต้องการจัดการกับการรุกรานภายใน ผลข้างเคียงของเคมีบำบัด การหยุดโรงเรียนและการปฏิบัติในชีวิตประจำวันในสังคม การเปลี่ยนแปลงการรับประทานอาหาร ภาพลักษณ์ และความคิดที่ไม่แน่นอนของกระบวนการรักษา ความเจ็บปวดทางกาย ถูกแยกจากสมาชิกในครอบครัว เป็นความยากสำหรับผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งรวมถึงความกลัวของการกลับมาเป็นซ้ำของโรคมะเร็ง ซึ่งผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจำเป็นต้องได้รับข้อมูล การดูแลรักษาสุขภาพของเด็กโรคมะเร็ง การให้การดูแลในกรณีเกิดผลข้างเคียงจากเคมีบำบัด และความพยายามที่จะปรับตัวกับภาวะสุขภาพใหม่ของเด็กโรคมะเร็ง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง ส่งผลให้ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งเกิดความเครียดขึ้นจากกระบวนการเหล่านี้ที่เกิดขึ้น

ผลกระทบของโรคมะเร็งต่อผู้ป่วยเด็ก

1. **ผลกระทบด้านร่างกาย** เกิดจากโรคมะเร็งและจากการได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัด ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งอย่างมาก ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับยาเคมีบำบัดติดต่อกันเป็นเวลานานจะทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลงและเกิดการติดเชื้อได้ง่าย ผลกระทบจากการได้รับยาเคมีบำบัดทำให้เกิดอาการข้างเคียงดังจะกล่าวต่อไป

2. **ผลกระทบด้านจิตใจ** ได้แก่ *ความกลัว* กลัวการรักษาที่ทำให้ปวด กลัวว่าโรคที่เป็นอยู่จะรักษาไม่หาย *ภาวะซึมเศร้า* ไม่คุ้นเคยกับสิ่งแวดล้อม เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ไม่สามารถปฏิบัติตามกิจกรรมต่างๆได้ตามปกติ *ความวิตกกังวล* กังวลว่าโรคที่เป็นอยู่นั้นจะไม่หาย กังวลเกี่ยวกับผลของการรักษา *ปวด* อาจเกิดจากโรคมะเร็งหรือจากการรักษา เช่น การผ่าตัด ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

3. **ผลกระทบด้านสังคม** ต้องอยู่ในสภาพที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น พราะจากบุคคลที่รักในครอบครัว และเพื่อน ต้องหยุดเรียนหรือขาดเรียนบ่อยๆ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป เช่น ผอมร่วงหรือสูญเสียอวัยวะ

4. **ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ** เป็นความรู้สึกส่วนลึกภายในจิตใจของบุคคล ที่แสดงถึงภาวะสงบ มีความเข้มแข็งในจิตใจ ยอมรับความจริง แต่เมื่อเกิดภาวะความเจ็บป่วยขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง เกิดความรู้สึกสงสัยในการเจ็บป่วยว่าทำไมต้องเกิดขึ้นกับตนเอง ทั้งที่เป็นคนดีและทำความดีตลอด อาจเกิดความบีบคั้นทางด้านจิตวิญญาณและรู้สึกขัดแย้งในส่วนลึกของจิตใจ

ผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัดและการดูแล

โรคมะเร็งเป็นโรคที่ต้องใช้ระยะเวลาในการรักษา การรักษาด้วยยาเคมีบำบัดจะเกิดผลข้างเคียงต่อระบบต่างๆของร่างกาย แต่ยาเคมีบำบัดเป็นยาที่มีประโยชน์ต่อการรักษาโรคมะเร็ง ดังนั้นผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งจะต้องมีความรู้ในการดูแลเด็กโรคมะเร็งเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด

ผลข้างเคียงของยาเคมีบำบัดต่อระบบของร่างกาย

1. ระบบทางเดินอาหาร: คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร มีแผลในปาก เยื่อปากอักเสบ ท้องผูกหรือท้องเสียได้
2. ระบบเลือดและไขกระดูก: ยาเคมีบำบัดจะกดการทำงานของไขกระดูก ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เม็ดเลือดแดงและเกร็ดเลือดต่ำ ทำให้มีภูมิคุ้มกันต่ำ ซีดและเลือดออกง่าย
3. ระบบผิวหนัง: ทำให้ผิวหนังมีสีคล้ำ ผอมร่วง
4. ระบบทางเดินปัสสาวะ: ทำให้กระเพาะปัสสาวะอักเสบ ปัสสาวะเป็นเลือดได้
5. อื่นๆ: อ่อนเพลีย มีผื่นตามตัว เป็นต้น

การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยาเคมีบำบัด

1. คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร: รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ บ่อยๆครั้ง หลีกเลี่ยงอาหารรสจัด กลิ่นฉุนหรืออาหารทอด หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารก่อนกินยา 1 ชั่วโมง ทำกิจกรรมที่เด็กชอบเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ ขอยาแก้ อาเจียนจากพยาบาล
2. แผลในปากและเจ็บคอ: รับประทานอาหารอ่อน รสจืด บ้วนปากทุกครั้งหลังอาหารด้วยน้ำยาบ้วนปากหรือน้ำเกลือ ป้ายยาที่แพทย์ให้

3. ภูมิต้านทานต่ำ ไข้และติดเชื้อ (เมื่อแพทย์หรือพยาบาลแจ้งให้ทราบ): หลีกเลี่ยงการอยู่กับผู้ป่วยหรือคนไม่สบาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ สะอาด ปรุงสุกใหม่ๆ หลีกเลี่ยงอาหารที่เก็บไว้นาน อาหารหมักดอง งดรับประทานผักสด ผลไม้ทั้งเปลือก ควรเลือกผลไม้ที่มีเปลือก โดยล้างทำความสะอาดก่อนรับประทานทุกครั้ง สังเกตอาการติดเชื้อ เช่น ไข้สูง ไอ เจ็บคอ มีตุ่มหนองตามผิวหนัง ถ้ามีไข้สูงหรือสงสัยอาจมีอาการติดเชื้อ จะต้องรีบบอกแพทย์หรือพยาบาล

4. เกร็ดเลือดต่ำ ซีด (เมื่อแพทย์หรือพยาบาลแจ้งให้ทราบ): ระวังไม่ให้เกิดบาดแผลหรือการกระทบกระแทก รับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผักผลไม้ หลีกเลี่ยงอาหารกรอบ แข็ง รับประทานอาหารที่มีโปรตีนและธาตุเหล็กสูง เช่น นม ผักใบเขียว ไข่แดง

5. ผมร่วง: ใส่วิกผม

6. บริเวณผิวหนังเมื่อได้รับยาเคมีบำบัด: สังเกตบริเวณที่ได้รับยาเคมีบำบัด หากมีอาการปวด บวม แดง ร้อน หรือสงสัยว่ายายอกเส้นเลือด จะต้องบอกพยาบาลหรือแพทย์ทันที
เมื่อมีผิวหนังอักเสบ รักษาความสะอาดโดยการฟอกล้างสบู่ให้สะอาด ถ้าตุ่มน้ำแตกหรือเป็นแผล ให้ใช้เบตาดีนเช็ดทำความสะอาดแผลทุกครั้งหลังอาบน้ำ จนแผลแห้ง

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ: ดื่มน้ำมากๆ สังเกตอาการผิดปกติของปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะมีกลิ่นฉุนหรือเป็นเลือด ถ้ามีลักษณะดังกล่าวให้แจ้งแพทย์หรือพยาบาลรับทราบ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้สมาชิกในกลุ่ม

1. ร่วมกันเสนอปัญหา แสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันเกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการแก้ไขปัญหา
2. ลดความเครียด ความไม่สบายใจ ทำให้สามารถดูแลเด็กโรคมะเร็งได้อย่างมั่นใจขึ้น
3. นำข้อสรุปที่ได้จากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองไปปรับใช้ เป็นแนวทางในการดูแลเด็กโรคมะเร็ง

สถานที่

ห้องประชุมหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา

ระยะเวลา

45 – 60 นาที

สมาชิกกลุ่ม

ผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง จำนวน 3 – 5 ราย

กิจกรรม

1. ผู้นำกลุ่มกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่ม กล่าวถึงการทำกลุ่มครั้งนี้เป็นครั้งสุดท้าย (5 นาที)
2. สมาชิกกลุ่มเข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองครั้งสุดท้าย ซึ่งเรื่องที่จะนำมาพูดในหัวข้อเกี่ยวกับ “การดูแลเด็กโรคมะเร็ง ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากยาเคมีบำบัด แนวทางการแก้ไขปัญหาและสรุปปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา” (30-35 นาที)
3. ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมอภิปราย แสดงความคิดเห็น หาแนวทางการแก้ไข และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
4. ผู้นำกลุ่มสรุปปัญหา แนวทางการแก้ไข ข้อเสนอแนะ จากการทำกลุ่ม
5. ผู้วิจัยสอบถามความรู้สึกของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งหลังจากที่ได้เข้าร่วมการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองทั้งหมด 3 ครั้ง ประโยชน์ ข้อดี/ข้อดี้อยจากการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ก่อนที่จะทำการปิดกลุ่ม (5-10 นาที)
6. สมาชิกกลุ่มตอบแบบวัดความเครียดและแบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียด (Post-test) (10-15 นาที)

ภาคผนวก ง

ใบพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ดิฉันนางสาววาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ กำลังศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ผลการวิจัยในครั้งนี้ จะเป็นแนวทางในการช่วยลดความเครียดและเพิ่มวิธีการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง โดยมี ผศ. ดร. วันธณี วิรุฬห์พานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และ ดร. พิสมัย วัฒนสิทธิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

สำหรับการวิจัยครั้งนี้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ จะต้องมียุทธศาสตร์ระดับคะแนนความเครียดปานกลางขึ้นไป โดยจะขอให้ท่านตอบแบบวัดความเครียดและเมื่อท่านมีระดับความเครียดตามเกณฑ์ ท่านจะถูกคัดเลือกเข้าทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัดหรือกลุ่มควบคุมเพียงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้น หากท่านได้รับการคัดเลือกเข้าทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งที่ได้รับเคมีบำบัด ท่านจะได้รับการเตรียมความพร้อมและเข้าร่วมทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ แสดงความคิดเห็น ประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลเด็กโรคมะเร็ง วิธีการจัดการความเครียดและการแก้ปัญหา เป็นจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที เป็นเวลา 3 วันติดต่อกัน แต่ถ้าท่านถูกคัดเลือกให้เข้ากลุ่มควบคุม ท่านจะได้รับการพยาบาลตามปกติจากหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ระหว่างทำวิจัยท่านจะถูกขอให้ตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง คือ ในวันที่ 1 และ วันที่ 3 ของการวิจัย สำหรับท่านที่ถูกคัดเลือกเข้ากลุ่มควบคุมและต้องการเข้ารับการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเอง ผู้วิจัยจะจัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองให้ภายหลังการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ และผู้วิจัยจะอยู่ให้ความช่วยเหลือตลอดเวลา และสำหรับท่านมีคะแนนความเครียดไม่ถึงระดับปานกลางซึ่งไม่เข้าเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะสอบถามผู้ดูแลถึงความต้องการความช่วยเหลือและให้การช่วยเหลือตามความต้องการเท่าที่จะทำได้

การเข้าร่วมในการทำวิจัยเป็นความสมัครใจและไม่เสียค่าใช้จ่ายใดๆ ทั้งสิ้น ท่านมีอิสระในการเลือกตอบแบบสอบถามตามความรู้สึกหรือความคิดเห็นที่เป็นจริง ข้อมูลและคำตอบที่ได้จากท่าน

จะถูกเก็บเป็นความลับและผู้วิจัยเข้าถึงข้อมูลได้เพียงคนเดียว ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ท่านมีสิทธิที่จะถามเมื่อมีข้อสงสัย ปฏิเสธข้อซักถาม และถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาที่ท่านต้องการ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาลของบุตรของท่าน การวิจัยครั้งนี้ไม่มีโทษทั้งทางด้านการแพทย์ กฎหมายและสังคม กรณีที่ท่านเกิดอารมณ์อ่อนไหวด้านจิตใจ เช่น ร้องไห้ เป็นต้น ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยเพื่อขอหนึ่งสิ่งสงบอารมณ์หรือจะขอหยุดพักในการแสดงความคิดเห็นในการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้ ผู้วิจัยจะอยู่คอยช่วยเหลือโดยการปลอบ พุดให้กำลังใจจนกว่ากลุ่มตัวอย่างจะรู้สึกดีขึ้นและสามารถกลับมาทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อไปได้

ผู้วิจัยหวังว่าคงได้รับความร่วมมืออย่างดีจากท่านในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยหรือคำถามเกี่ยวกับการวิจัย ท่านสามารถติดต่อ สอบถาม นางสาววาสนา โชติสัมพันธ์เจริญ ได้ที่โทรศัพท์หมายเลข 087-5671785

ลงนาม.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลงนาม.....ผู้รับผิดชอบการวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก จ

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติที (t-test)

ก่อนที่จะนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผล ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัยก่อน ซึ่งสถิติที่ผู้วิจัยใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ การทดสอบที (t-test) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการทดสอบที (t-test) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียด ดังนี้

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติทีของคะแนนเฉลี่ยความเครียด

1.1 ตัวแปรที่ใช้ต้องมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วงหรือระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (interval scale or ratio scale)

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้แบบวัดความเครียด โดยลักษณะของคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 4 ระดับคะแนน ซึ่งมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วง ดังนั้น ชุดของคะแนนที่นำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติที (t-test) จึงเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

1.2 การกระจายข้อมูลเป็นไปตามปกติ (normal distribution of the data)

ผู้วิจัยนำข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียดทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมมาทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยดูจากค่า z-value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทดสอบข้อมูล ซึ่งค่าที่ยอมรับได้จะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z < 3.29, p > .05$) (Tabachnick & Fidell, 2007) เมื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มควบคุมกลุ่มและทดลองมาทดสอบ พบว่า ข้อมูลทุกชุดได้ค่า z-value ไม่เกิน 3.29 ดังตาราง 8 และตาราง 9 คือ ชุดข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียดที่จะนำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติทีเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และเมื่อนำไปทดสอบการแจกแจงข้อมูล โดยแสดงในรูปกราฟแท่ง (histogram) การกระจายข้อมูลของคะแนนแต่ละชุดเป็นโค้งปกติ ดังภาพ 5 - 6 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตาราง 8

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มควบคุมก่อน
และหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย ความเครียด	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value
ก่อนการทดลอง	.264	.464	0.568	-.963	.902	-1.067
หลังการทดลอง	-.285	.464	-0.614	-.124	.902	-0.137

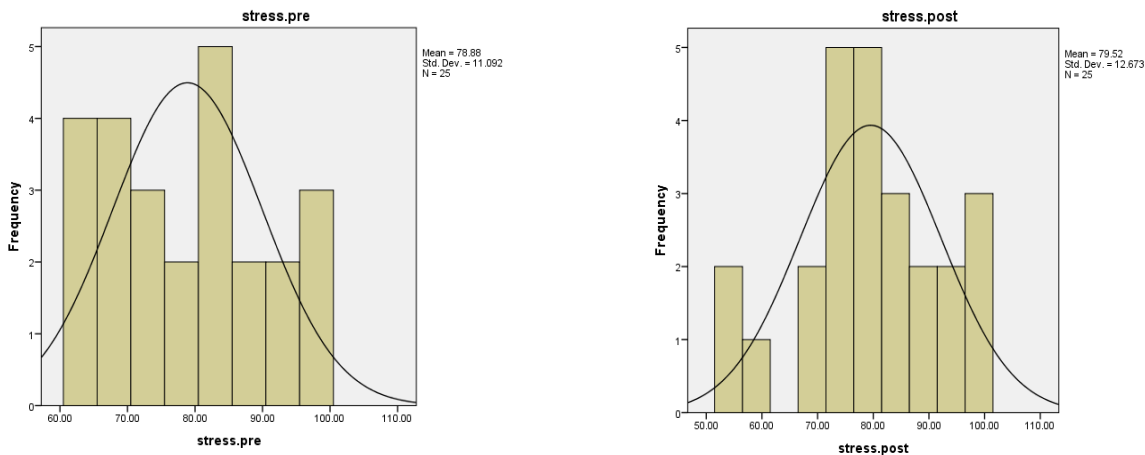
สูตรการคำนวณค่า $z\text{-value} = \text{Statistic} \div \text{SE}$

ตาราง 9

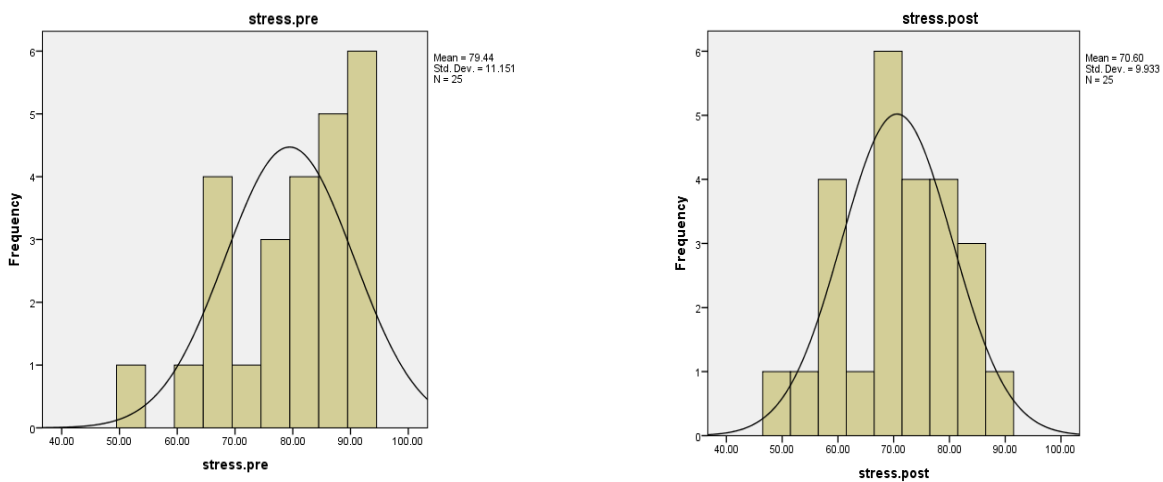
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยความเครียดของกลุ่มทดลองก่อน
และหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย ความเครียด	Skewness			Kurtosis		
	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value
ก่อนการทดลอง	-.782	.464	-1.685	-.221	.902	-0.245
หลังการทดลอง	-.309	.464	-0.665	-.517	.902	-0.561

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



ภาพ 5. กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$)



ภาพ 6. กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$)

ส่วนข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด ผู้วิจัยได้นำข้อมูลที่ได้ไปทดสอบตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิจัย ดังนี้

1. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นก่อนใช้สถิติของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด

1.1 ตัวแปรที่ใช้ต้องมีระดับการวัดเป็นมาตราช่วงหรือระดับการวัดเป็นอัตราส่วน (interval scale or ratio scale)

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

1.2 การกระจายข้อมูลเป็นไปตามปกติ (normal distribution of the data)

ผู้วิจัยนำข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด ทั้งก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมาทดสอบการแจกแจงของข้อมูล โดยดูจากค่า z-value ของความเบ้ (skewness) และความโด่ง (kurtosis) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการทดสอบข้อมูล ซึ่งค่าที่ยอมรับได้จะต้องไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($z < 3.29, p > .05$) (Tabachnick & Fidell, 2007) เมื่อนำข้อมูลที่ได้ทั้งในกลุ่มควบคุมกลุ่มและทดลองมาทดสอบ พบว่า ข้อมูลทุกชุดได้ค่า z-value ไม่เกิน 3.29 ดังตาราง 10 และตาราง 11 คือ ชุดข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียด ที่จะนำไปวิเคราะห์ผลด้วยสถิติที่เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น และเมื่อนำไปทดสอบการแจกแจงข้อมูล โดยแสดงในรูปกราฟแท่ง (histogram) การกระจายข้อมูลของคะแนนแต่ละชุดเป็นโค้งปกติ ดังภาพ 7 – 8 ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น

ตาราง 10

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย การเผชิญ ความเครียด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	<i>Skewness</i>			<i>Skewness</i>			<i>Kurtosis</i>			<i>Kurtosis</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>
1. ด้านการ เผชิญหน้ากับ ปัญหา	-.939	.464	-2.032	-.648	.464	-1.396	.683	.902	0.757	.078	.902	0.086
2. ด้านการ จัดการอารมณ์	-.352	.464	-0.758	.445	.464	0.959	.021	.902	0.023	1.824	.902	2.022
3. ด้านการ บรรเทา ความเครียด	-.110	.464	-0.237	-.666	.464	-1.435	.180	.902	0.199	.329	.902	0.364

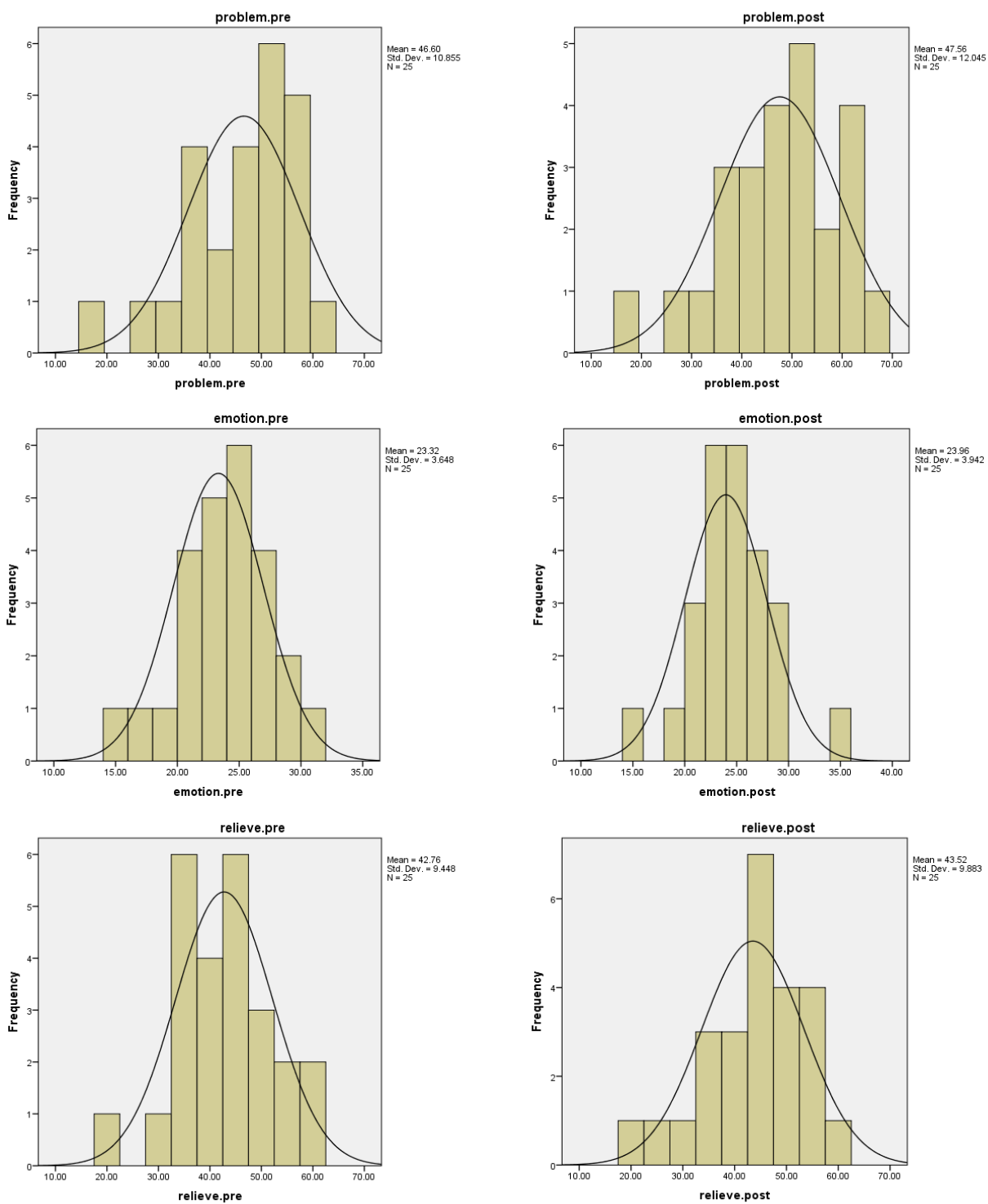
สูตรการคำนวณค่า $z\text{-value} = \text{Statistic} \div \text{SE}$

ตาราง 11

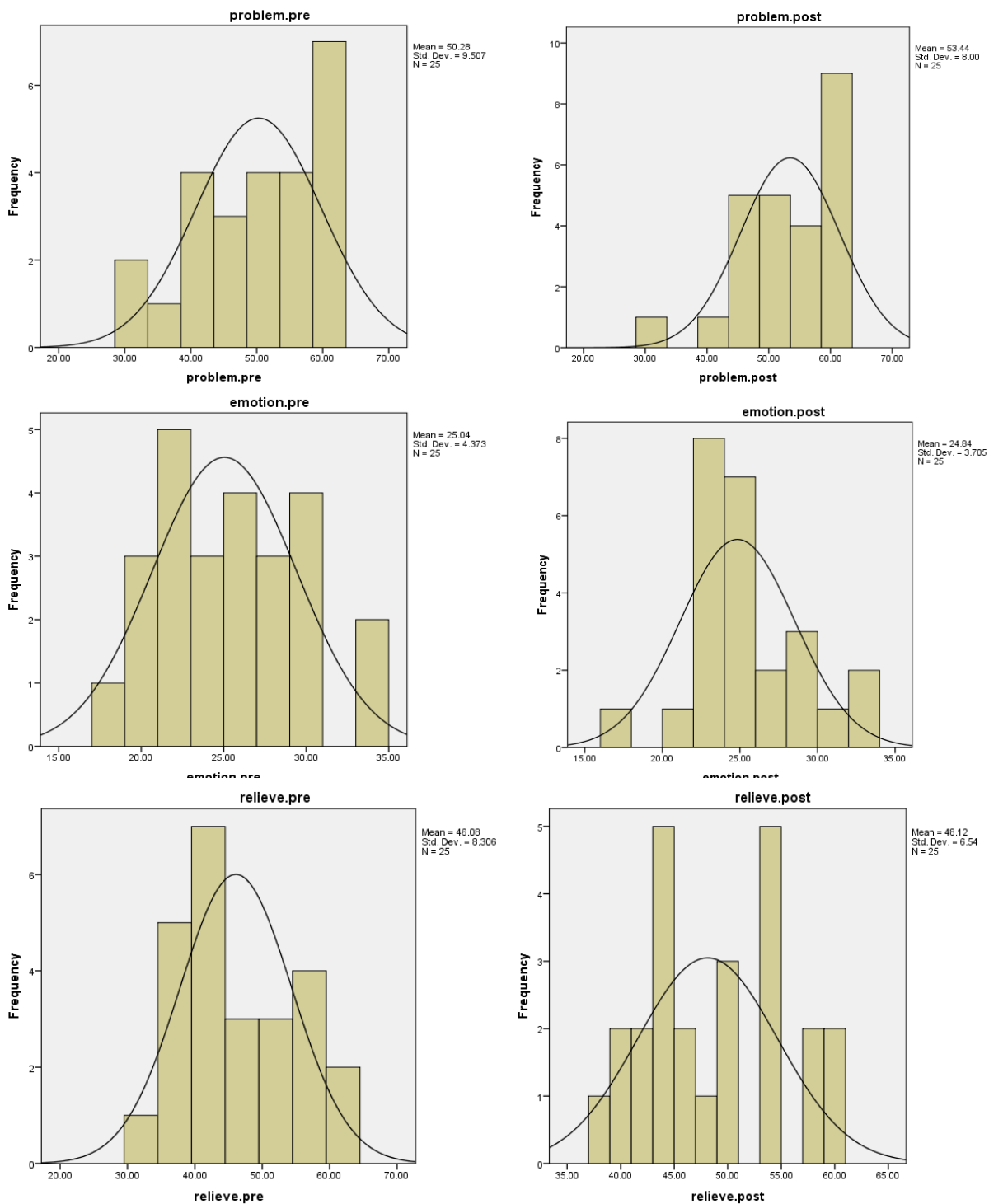
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนเฉลี่ย การเผชิญ ความเครียด	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง		
	<i>Skewness</i>			<i>Skewness</i>			<i>Kurtosis</i>			<i>Kurtosis</i>		
	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>	<i>Statistic</i>	<i>SE</i>	<i>z-value</i>
1. ด้านการ เผชิญหน้ากับ ปัญหา	-.574	.464	-1.237	-1.047	.464	-2.256	-.547	.902	-0.606	1.041	.902	1.154
2. ด้านการ จัดการอารมณ์	-.292	.464	0.629	.442	.464	0.952	-.672	.902	-0.754	.325	.902	0.360
3. ด้านการ บรรเทา ความเครียด	.314	.464	0.676	.134	.464	-0.288	-.893	.902	-0.990	-1.189	.902	-1.318

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



ภาพ 7. กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง (n = 25)



ภาพ 8. กราฟแท่งแสดงการกระจายข้อมูลของคะแนนเฉลี่ยการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง ($n = 25$)

ส่วนข้อมูลของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็ง คือ อายุและจำนวนบุตร และข้อมูลของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็ง คือ อายุ ทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ดังตาราง 12 และ 13 ดังนี้

ตาราง 12

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลอายุและจำนวนบุตรของผู้ดูแลเด็กโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	Skewness			Kurtosis			Skewness			Kurtosis		
	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value
1. อายุ	-.659	.464	1.420	.513	.902	0.568	.267	.464	0.575	-.381	.902	-0.422
2. จำนวนบุตร	.555	.464	1.196	-.449	.902	-0.497	.706	.464	1.521	1.414	.902	1.567

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

ตาราง 13

การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นเรื่องการกระจายข้อมูลอายุของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง						กลุ่มควบคุม					
	Skewness			Kurtosis			Skewness			Kurtosis		
	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value	Statistic	SE	z-value
1. อายุ	.826	.464	1.78	-.346	.902	-0.383	-.020	.464	-0.043	-1.242	.902	-1.376

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

ภาคผนวก ฉ
ตารางวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

ตาราง 14

จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลอง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ก่อนการทดลอง

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา					
1. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น	1(4)	0	4(16)	5(20)	15(60)
2. ปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่	0	2(8)	3(12)	8(32)	12(48)
3. ควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	0	2(8)	6(24)	7(28)	10(40)
4. แยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น	0	4(16)	5(20)	6(24)	10(40)
5. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก	0	2(8)	7(28)	7(28)	9(36)

ตาราง 14 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
6. ปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมองต่อสถานการณ์ของโรคมะเร็ง ที่เด็กเป็นอยู่	0	3(12)	4(16)	9(36)	9(36)
7. แก้ปัญหาที่ละอย่าง เป็นขั้นตอน	1(4)	3(12)	5(20)	7(28)	9(36)
8. มองปัญหาที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างรอบคอบ ครบถ้วนโดย ปราศจากอคติ	0	1(4)	11(44)	4(16)	9(36)
9. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	0	3(12)	7(28)	7(28)	8(32)
10. พุดคุย ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง	0	1(4)	8(32)	8(32)	8(32)
11. นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการ แก้ปัญหาหรือดูแลเด็ก	1(4)	1(4)	4(16)	11(44)	8(32)
12. กำหนดเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ปัญหา	1(4)	3(12)	7(28)	6(24)	8(32)
13. ขอคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากญาติสนิทใน ครอบครัวหรือเพื่อน	2(8)	6(24)	11(44)	2(8)	4(16)

ตาราง 14 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการจัดการกับอารมณ์</i>					
14. เตรียมใจรับกับสิ่งที้อาจจะเกิดขึ้น	0	2(8)	6(24)	6(24)	11(44)
15. สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	2(8)	3(12)	6(24)	6(24)	8(32)
16. ระบายอารมณ์ ได้แก่ ฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น	2(8)	5(20)	7(28)	4(16)	7(28)
17. พูดคุยกับคนอื่น	0	1(4)	8(32)	10(40)	6(24)
18. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร	3(12)	9(36)	7(28)	2(8)	4(16)
<i>ออกกำลังกาย</i>					
19. หงุดหงิด กระทบกระวายเป็น	3(12)	7(28)	12(48)	0	3(12)
20. สาบแช่ง สบถ แสดงอารมณ์โกรธ	18(72)	3(12)	2(8)	1(4)	1(4)
21. แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว	11(44)	8(32)	5(20)	0	1(4)
22. โทษผู้อื่นหรือตำหนิผู้อื่น	20(80)	4(16)	1(4)	0	0

ตาราง 14 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการบรรเทาความเครียด</i>					
23. ยอมรับความเป็นจริง	1(4)	1(4)	2(8)	2(8)	19(76)
24. ยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก	0	1(4)	1(4)	6(24)	17(68)
25. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	0	0	3(12)	8(32)	14(56)
26. คิดว่าปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นมีทางแก้ไข	0	3(12)	2(8)	6(24)	14(56)
27. เข้านอนและคิดว่าทุกอย่างจะดีขึ้นในวันพรุ่งนี้	2(8)	1(4)	7(28)	5(20)	10(40)
28. คิดว่าเวลาจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นเอง	3(12)	7(28)	5(20)	2(8)	8(32)
29. คิดว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี”	0	1(4)	11(44)	5(20)	8(32)
30. มองคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่แย่กว่าหรือลำบากกว่า	0	4(16)	8(32)	6(24)	7(28)
31. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน	4(16)	5(20)	8(32)	3(12)	5(20)
32. หาอะไรทำ ไม่ให้อยู่ว่าง	0	2(8)	10(40)	8(32)	5(20)

ตาราง 14 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
33. วางแผนต่อปัญหาโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลง กว่านี้ได้	10(40)	3(12)	8(32)	0	4(16)
34. ไม่ทำอะไรเลยโดยคิดว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลาย ได้เอง	13(52)	4(16)	6(24)	0	2(8)
35. เปลี่ยนความคิดโดยให้ผู้อื่นทำหรือจัดการแก้ไขปัญหาแทน ตนเอง	14(56)	5(20)	3(12)	2(8)	1(4)
36. หนีจากปัญหาที่เป็นอยู่	23(92)	2(8)	0	0	0

ตาราง 15

จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มทดลอง 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด หลังการทดลอง

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง ($n = 25$)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย ความถี่ (ร้อยละ)	นานๆครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	เป็นบางครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	เกือบทุกครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)	ทุกครั้ง ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา</i>					
1. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้ แก้ปัญหาได้ดีขึ้น	0	0	4(16)	7(28)	14(56)
2. ปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่	0	0	3(12)	8(32)	14(56)
3. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น กับเด็ก	0	2(8)	3(12)	8(32)	12(48)
4. กำหนดเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ปัญหา	1(4)	1(4)	5(20)	6(24)	12(48)
5. แก้ปัญหาทีละอย่าง เป็นขั้นตอน	1(4)	1(4)	1(4)	10(40)	12(48)
6. ควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	0	1(4)	5(20)	8(32)	11(44)

ตาราง 15 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
7. ปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมองต่อสถานการณ์ของโรคมะเร็งที่เด็ก เป็นอยู่	0	2(8)	4(16)	8(32)	11(44)
8. มองปัญหาที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างรอบคอบ ครบถ้วนโดย ปราศจากอคติ	0	0	7(28)	8(32)	10(40)
9. นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการแก้ปัญหา หรือดูแลเด็ก	0	0	5(20)	10(40)	10(40)
10. แยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดีขึ้น	0	4(16)	5(20)	6(24)	10(40)
11. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	0	1(4)	5(20)	10(40)	9(36)
12. พุดคุย ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง	0	1(4)	4(16)	12(48)	8(32)
13. ขอคำปลอบใจหรือขอความช่วยเหลือจากญาติสนิทใน ครอบครัวหรือเพื่อน	1(4)	5(20)	11(44)	5(20)	3(12)

ตาราง 15 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการจัดการกับอารมณ์</i>					
14. พุดคุยกับคนอื่น	0	0	6(24)	8(32)	11(44)
15. เตรียมใจรับกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น	0	1(4)	5(20)	10(40)	9(36)
16. สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	0	2(8)	9(36)	5(20)	9(36)
17. ระบายอารมณ์ ได้แก่ ฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น	1(4)	3(12)	10(40)	4(16)	7(28)
18. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร	2(8)	10(40)	6(24)	4(16)	3(12)
<i>ออกกำลังกาย</i>					
19. หงุดหงิด กระทบกระวายเป็น	4(16)	11(44)	9(36)	0	1(4)
20. แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว	15(60)	8(32)	2(8)	0	0
21. โทษผู้อื่นหรือตำหนิผู้อื่น	21(48)	3(12)	1(4)	0	0
22. สาปแช่ง สบถ แสดงอารมณ์โกรธ	19(76)	3(12)	3(12)	0	0

ตาราง 15 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการบรรเทาความเครียด</i>					
23. ยอมรับความเป็นจริง	0	2(8)	0	3(12)	20(80)
24. ยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก	0	0	1(4)	5(20)	19(76)
25. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	0	0	1(4)	9(36)	15(60)
26. คิดว่าปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นมีทางแก้ไข	0	0	5(20)	7(28)	13(52)
27. มองคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่แย่กว่าหรือลำบากกว่า	0	1(4)	4(16)	7(28)	13(52)
28. คิดว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงคลี่คลายไป ในทางที่ดี”	0	0	6(24)	7(28)	12(48)
29. เข้านอนและคิดว่าทุกสิ่งอาจจะดีขึ้นในวันพรุ่งนี้	1(4)	1(4)	8(32)	5(20)	10(40)
30. หาอะไรทำ ไม่ให้ยุ่งวุ่นวาย	0	1(4)	9(36)	7(28)	8(32)
31. คิดว่าเวลาจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นเอง	2(8)	2(8)	10(40)	5(20)	6(24)
32. วางแผนต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจ เลวร้ายลงกว่านี้ได้	8(32)	5(20)	9(36)	1(4)	2(8)

ตาราง 15 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มทดลอง (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
33. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน	4(16)	4(16)	12(48)	3(12)	2(8)
34. เปลี่ยนความคิดโดยให้ผู้อื่นทำหรือจัดการแก้ไขปัญหา แทนตนเอง	14(56)	3(12)	5(20)	1(4)	2(8)
35. ไม่ทำอะไรเลยโดยคิดว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลาย ได้เอง	15(60)	0	8(32)	0	2(8)
36.หนีจากปัญหาที่เป็นอยู่	24(96)	0	1(4)	0	0

ตาราง 16

จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มควบคุม 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด ก่อนการทดลอง

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา</i>					
1. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก	0	0	5(20)	7(28)	13(52)
2. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้แก้ปัญหาได้ดีขึ้น	2(8)	1(4)	5(20)	7(28)	10(40)
3. ควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	1(4)	5(20)	4(16)	6(24)	9(36)
4. มองปัญหาที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างรอบคอบ ครบถ้วนโดยปราศจากอคติ	2(8)	4(16)	7(28)	4(16)	8(32)

ตาราง 16 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
5. ปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมองต่อสถานการณ์ของโรคมะเร็ง ที่เด็กเป็นอยู่	2(8)	0	8(32)	7(28)	8(32)
6. ขอคำปลอบใจหรือขอความช่วยเหลือจากญาติสนิทใน ครอบครัวหรือเพื่อน	3(12)	3(12)	7(28)	5(20)	7(28)
7. กำหนดเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ปัญหา	3(12)	3(12)	7(28)	5(20)	7(28)
8. ปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่	2(8)	2(8)	10(40)	5(20)	6(24)
9. แยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ดี ขึ้น	2(8)	2(8)	10(40)	5(20)	6(24)
10. แก้ปัญหาทีละอย่าง เป็นขั้นตอน	2(8)	2(8)	9(36)	6(24)	6(24)
11. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	4(16)	2(8)	6(24)	8(32)	5(20)
12. นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการ แก้ปัญหาหรือดูแลเด็ก	3(12)	0	10(40)	7(28)	5(20)
13. พุดคุย ปรึกษาปัญหากับผู้ที่มีเด็กป่วยเป็นโรคมะเร็ง	5(20)	0	9(36)	7(28)	4(16)

ตาราง 16 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการจัดการกับอารมณ์</i>					
14. เตรียมใจรับกับสิ่งที้อาจจะเกิดขึ้น	2(8)	1(4)	5(20)	6(24)	11(44)
15. สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	1(4)	3(12)	6(24)	9(36)	6(24)
16. พูดคุยกับคนอื่น	0	1(4)	9(36)	10(40)	5(20)
17. ระบายอารมณ์ ได้แก่ ฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น	6(24)	3(12)	8(32)	5(20)	3(12)
18. หงุดหงิด กระวนกระวาย	6(24)	10(40)	6(24)	0	3(12)
19. แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว	10(40)	7(28)	5(20)	1(4)	2(8)
20. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร	8(32)	2(8)	13(52)	1(4)	1(4)
<i>ออกกำลังกาย</i>					
21. สापแข่ง สบต แสดงอารมณ์โกรธ	21(84)	4(16)	0	0	0
22. โทษผู้อื่นหรือตำหนิผู้อื่น	23(92)	1(4)	1(4)	0	0

ตาราง 16 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการบรรเทาความเครียด</i>					
23. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	1(4)	1(4)	0	5(20)	18(72)
24. ยอมรับความเป็นจริง	2(8)	3(12)	2(8)	2(8)	16(64)
25. คิดว่าปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นมีทางแก้ไข	0	2(8)	3(12)	4(16)	16(64)
26. ยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก	3(12)	3(12)	0	4(16)	15(60)
27. คิดว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี”	1(4)	4(16)	5(20)	2(8)	13(52)
28. เข้านอนและคิดว่าทุกอย่างอาจจะดีขึ้นในวันพรุ่งนี้	1(4)	5(20)	6(24)	1(4)	12(48)
29. มองคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่แย่กว่าหรือลำบากกว่า	5(20)	4(16)	5(20)	3(12)	8(32)
30. คิดว่าเวลาจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นเอง	6(24)	4(16)	7(28)	2(8)	6(24)
31. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน	5(20)	7(28)	8(32)	2(8)	3(12)
32. หทำอะไรทำ ไม่ให้อยู่ว่าง	3(12)	2(8)	14(56)	3(12)	3(12)

ตาราง 16 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)				
	ก่อนการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
33. วางแผนต่อปัญหาโดยคิดว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลง กว่านี้ได้	12(48)	2(8)	7(28)	2(8)	2(8)
34. ไม่ทำอะไรเลยโดยคิดว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลาย ได้เอง	20(80)	1(4)	2(8)	0	2(8)
35. เปลี่ยนความคิดโดยให้ผู้อื่นทำหรือจัดการแก้ไขปัญหาแทน ตนเอง	17(68)	4(16)	2(8)	1(4)	1(4)
36. หนีจากปัญหาที่เป็นอยู่	24(96)	0	1(4)	0	0

ตาราง 17

จำนวนและร้อยละ วิธีการเผชิญความเครียดของกลุ่มควบคุม 3 ด้าน คือ ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา ด้านการจัดการกับอารมณ์ และด้านการบรรเทาความเครียด หลังการทดลอง

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม ($n = 25$)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการเผชิญหน้ากับปัญหา</i>					
1. ค้นหาความสำคัญหรือคุณค่าของการการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับเด็ก	0	1(4)	5(20)	6(24)	13(52)
2. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้อธิบายปัญหาได้ดีขึ้น	1(4)	1(4)	4(16)	7(28)	12(48)
3. มองปัญหาที่เกิดขึ้นทุกด้านอย่างรอบคอบ ครบถ้วนโดยปราศจากอคติ	2(8)	4(16)	7(28)	2(8)	10(40)
4. ควบคุมสถานการณ์เท่าที่จะทำได้	1(4)	4(16)	5(20)	6(24)	9(36)

ตาราง 17 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
5. แก้ปัญหาทีละอย่าง เป็นขั้นตอน	2(8)	0	10(40)	4(16)	9(36)
6. ปรับเปลี่ยนวิธีคิดหรือมุมมองต่อสถานการณ์ของโรคมะเร็ง ที่เด็กเป็นอยู่	1(4)	1(4)	8(32)	7(28)	8(32)
7. คิดหาวิธีการต่างๆเพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์	3(12)	1(4)	10(40)	4(16)	7(28)
8. ปรับตัวกับสถานการณ์ที่เป็นอยู่	1(4)	3(12)	8(32)	6(24)	7(28)
9. แยกปัญหาออกเป็นส่วนย่อยเพื่อที่จะสามารถแก้ปัญหาได้ ดีขึ้น	1(4)	3(12)	8(32)	6(24)	7(28)
10. กำหนดเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ปัญหา	2(8)	5(20)	6(24)	6(24)	6(24)
11. นำประสบการณ์ของตนเองหรือของผู้อื่นมาใช้ในการ แก้ปัญหาหรือดูแลเด็ก	3(12)	1(4)	7(28)	8(32)	6(24)
12. กำหนดเป้าหมายเพื่อช่วยแก้ปัญหา	2(8)	5(20)	6(24)	6(24)	6(24)
13. ค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของเด็กเพื่อจะได้ แก้ปัญหาได้ดีขึ้น	1(4)	1(4)	4(16)	7(28)	12(48)

ตาราง 17 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการจัดการกับอารมณ์</i>					
14. เตรียมใจรับกับสิ่งที่อาจจะเกิดขึ้น	0	6(24)	7(28)	10(40)	0
15. สวดอ้อนวอนสิ่งศักดิ์สิทธิ์	4(16)	7(28)	5(20)	8(32)	4(16)
16. พุดคุยกับคนอื่น	0	1(4)	9(36)	9(36)	6(24)
17. ระบายอารมณ์ ได้แก่ ฟังเพลง ร้องเพลง เป็นต้น	6(24)	2(8)	5(20)	7(28)	5(20)
18. ระบายความเครียดโดยการรับประทานอาหาร	7(28)	5(20)	8(32)	2(8)	3(12)
<i>ออกกำลังกาย</i>					
19. สาปแช่ง สบถ แสดงอารมณ์โกรธ	18(72)	5(20)	1(4)	0	1(4)
20. แยกตัวออกไปอยู่คนเดียว	11(44)	4(16)	6(24)	3(12)	1(4)
21. หงุดหงิด กระทบกระชวย	7(28)	8(32)	7(28)	2(8)	1(4)
22. โทษผู้อื่นหรือตำหนิผู้อื่น	23(92)	2(8)	0	0	0

ตาราง 17 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
<i>ด้านการบรรเทาความเครียด</i>					
23. หวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น	2(8)	3(12)	0	4(16)	16(64)
24. ยอมรับความเป็นจริง	2(8)	0	3(12)	4(16)	16(64)
25. ยอมรับการเจ็บป่วยของเด็ก	3(12)	2(8)	1(4)	6(24)	13(52)
26. คิดว่าปัญหาทุกอย่างที่เกิดขึ้นมีทางแก้ไข	0	2(8)	4(16)	6(24)	13(52)
27. เข้านอนและคิดว่าทุกสิ่งอาจจะดีขึ้นในวันพรุ่งนี้	1(4)	3(12)	6(24)	4(16)	11(44)
28. คิดว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงคลี่คลายไปในทางที่ดี”	0	6(24)	4(16)	5(20)	10(40)
29. คิดว่าเวลาจะช่วยให้สถานการณ์ดีขึ้นเอง	5(20)	5(20)	4(16)	3(12)	8(32)
30. มองคนที่อยู่ในสถานการณ์ที่แย่กว่าหรือลำบากกว่า	3(12)	7(28)	5(20)	3(12)	7(28)
31. ไม่ทำอะไรเลยโดยคิดว่าเมื่อถึงเวลาปัญหาจะคลี่คลายได้เอง	15(60)	2(8)	2(8)	1(4)	5(20)

ตาราง 17 (ต่อ)

วิธีการเผชิญความเครียด	กลุ่มควบคุม (n = 25)				
	หลังการทดลอง				
	ไม่เคย	นานๆครั้ง	เป็นบางครั้ง	เกือบทุกครั้ง	ทุกครั้ง
	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)	ความถี่ (ร้อยละ)
32. เปลี่ยนความคิดโดยให้ผู้อื่นทำหรือจัดการแก้ไขปัญหาแทน ตนเอง	15(60)	3(12)	5(20)	0	2(8)
33. หออะไรทำ ไม่ให้อยู่ว่าง	3(12)	4(16)	10(40)	6(24)	2(8)
34. วางเฉยต่อปัญหาโดยคิดเสียว่าทุกสิ่งทุกอย่างอาจเลวร้ายลง กว่านี้ได้	11(44)	4(16)	7(28)	2(8)	1(4)
35. พยายามลืมปัญหาและคิดถึงสิ่งอื่นแทน	2(8)	7(28)	10(40)	5(20)	1(4)
36. หนีจากปัญหาที่เป็นอยู่	24(96)	1(4)	0	0	0

ภาคผนวก ข
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือวิจัย

1. อาจารย์แพทย์หญิง พรพรรณ ศรีพรสวรรค์
ภาควิชากุมารเวชศาสตร์
คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
2. รองศาสตราจารย์ ดร.บุษกร พันธุ์เมธาฤทธิ
ภาควิชาการพยาบาลกุมารเวชศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
3. นางณิระวรรณ สิงห์เศรษฐ์
พยาบาลชำนาญการ หัวหน้าหอผู้ป่วยเด็ก 2 โรงพยาบาลสงขลานครินทร์

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	วาสนา โขติสัมพันธ์เจริญ	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5710420025	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์	2554

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ หอผู้ป่วยพิเศษเด็ก โรงพยาบาลสงขลานครินทร์